
22300006645

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PENDANT LES ANNÉES 1874 ET 1875 (1er SEMESTRE)

PAR

M. LE Dr PÉAN



SUIVIES

1° Des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1874 au 1er juin 1875;

2° De la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui de 1864 à 1875;

3° De considérations sur la forcipressure, d'après les leçons de M. Péan en 1874, par MM. Deny et Exchaquet.

AVEC 40 FIGURES DANS LE TEXTE ET 4 PLANCHES COLORIÉES HORS TEXTE

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

La Librairie sera transférée 108, boulevard Saint-Germain, le 1er octobre 1877

1876

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. Nélaton, membre de l'Institut, professeur de clinique à la Faculté de médecine, etc.

Seconde édition complétement remaniée.

Tome premier, rédigé par M. le docteur Jamain, chirurgien des hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8 .... 9 fr.

Tome deuxième, rédigé par M. le docteur Pean, chirurgien des hôpitaux. 1 fort vol. in-8 avec 288 figures dans le texte .... 13 fr.

Tome troisième, rédigé par M. le docteur Péan. 1 vol. gr. in-8 avec 148 figures .... 14 fr.

Tome quatrième, rédigé par M. le docteur Péan. 1 vol. gr. in-8 avec fig., 1re partie .... 7 fr.

Scapulalgie et de la **résection scapulo-humérale** envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie. In-8, 20 figures, Paris, 1860.

Autoplastie du cou. Réparation d'une large perte de substance de la région cervicale antérieure à l'aide d'un lambeau pris sur la région thoraeique. Observation suivie de considérations pathologiques chirurgicales et physiologiques. In-8 avec figures, 1868.

Tumeurs des lombes. Opération pratiquée avec succès par l'extraction d'une énorme tumeur fibro-graisseuse de la région lombaire à forme éléphantiasique. Observation suivie de considérations pathologiques chirurgicales et physiologiques, et d'un historique des tumeurs de la région des lombes qui ont paru présenter quelque analogie.

Splénotomie, observation d'ablation complète de la rate pratiquée avec succès; considérations pathologiques, chirurgicales et physiologiques, suivies d'un historique de la splénotomie fait par M. Magdelain, interne des hôpitaux de Paris .... 1 fr.

L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec les chances favorables de succès? Observation pour servir à la solution de cette question. Grand in-8, 1867 .... 1 fr.

Étude clinique sur les ulcérations anales, en collaboration avec M. Malassez. 4 vol. in-8 avec figures et 4 planches coloriées, 1872 .... 6 fr.

Hystérotomie. De l'ablation de l'utérus par la gastrotomie, en collaboration avec M. Urdy. 1 vol. in-8 avec figures et planches, 1873 .... 6 fr.

De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostasie chirurgicale, leçons recueillies par MM. G. Deny et Exchaquet, internes des hôpitaux. In-8 .... 2 fr. 50

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

Gastrotomies, diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen.

Traité médical et chirurgical des maladies de l'utérus,

par MM. Péan et Chéron.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

LEÇONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PENDANT LES ANNÉES 1874 ET 1875 (1er SEMESTRE)

PAR

M. LE DR PÉAN



SUIVIES

1° Des observations recueillies dans le service de l'auteur du 1er janvier 1874 au 1er juin 1875;

2° De la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui de 1864 à 1875;

3° De considérations sur la forcipressure, d'après les leçons de M. Péan en 1874, par MM. Deny et Exchaquet.

AVEC 40 FIGURES DANS LE TEXTE ET 4 PLANCHES COLORIÉES HORS TEXTE

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

La Librairie sera transférée 108, boulevard Saint-Germain, le 1er octobre 1877

1876



PRÉFACE

Lorsqu'il y a plusieurs années déjà nous commençâmes à l'hôpital Saint-Antoine nos conférences cliniques hebdomadaires, nous nous proposâmes, à l'instar de beaucoup d'autres chirurgiens, de faire recueillir ces leçons et de les réunir en un même volume. Des circonstances indépendantes de notre volonté se sont momentanément opposées à l'exécution d'un tel projet, et ce n'est que depuis le mois de janvier 1875 que nous avons pu le réaliser. Nous avons rencontré pour cela des difficultés beaucoup plus sérieuses qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord. En effet, le plan de notre travail diffère notablement, comme on pourra le voir, de celui des ouvrages du même genre que renferme notre littérature médicale. Nous nous y sommes arrêté après mûre réflexion, parce que l'enseignement que donnent les faits eux-mêmes est le seul profitable, le seul auquel doit s'attacher le maître qui se préoccupe surtout de l'intérêt de ses élèves et de celui de la science.

On a publié jusqu'ici en France des recueils de cliniques chirurgicales assez nombreux, sans compter les leçons déta-

chées que renferment les différents journaux de médecine. Beaucoup de ces travaux ont une valeur incontestable : des questions difficiles de pathologie générale y sont élucidées avec une clarté merveilleuse ; certains procédés opératoires y sont décrits avec une précision qui fait le plus grand honneur à leurs auteurs. A côté de ces qualités, ils nous paraissent avoir tous un défaut très-sérieux : c'est qu'ils ne renferment qu'un nombre trop limité d'observations.

Si, par exemple, trois malades également intéressants entrent le même jour à l'hôpital, le chirurgien ne peut guère entretenir sérieusement ses élèves que d'un seul ou de deux tout au plus dans une même clinique. Lorsque plus tard ces leçons seront publiées, on retrouvera l'histoire détaillée du premier malade et les considérations auxquelles il a donné lieu, mais les observations des autres seront passées sous silence. Encore ne faisons-nous mention ici que des faits considérés comme particulièrement dignes d'attirer l'attention, c'est-à-dire exceptionnels. Combien de cas appartenant à la pratique journalière de la chirurgie ne sont pas relatés autrement que par la mention plus que sommaire inscrite sur les registres administratifs !

Aucun ouvrage destiné à une simple exposition didactique ne pourra combler cette lacune. Que les auteurs fassent, aidés de leur propre expérience, l'examen critique d'une doctrine, d'un procédé opératoire, d'un mode de pansement, d'une méthode générale de traitement ; ou bien que, comme Roux, ils exposent sans commentaires leur pratique pendant un temps donné, ils ne laisseront point pour cela dans la science la relation complète et fidèle de toutes leurs observations personnelles.

Que résulte-t-il de là ? Que les observations françaises sont

disséminées dans les recueils périodiques ; qu'il faut un travail très-long et une patience qui tient de la ténacité pour arriver à les réunir lorsque l'on étudie telle ou telle question ; que les statistiques font complétement défaut chez nous, car il est impossible d'en établir de réellement utiles pour des opérations faites dans des conditions différentes, et souvent avec des procédés qui n'ont que peu d'analogie les uns avec les autres. Cette pénurie des statistiques françaises contraste singulièrement avec la richesse de la chirurgie anglaise ou allemande sous ce rapport.

En publiant ce recueil, nous nous sommes efforcé d'atteindre un double but : 1° exposer nos propres idées sur certaines questions ; 2° donner un compte rendu exact de notre pratique. Nous l'avons divisé pour cela en deux parties :

La première contient nos leçons proprement dites. Nous avons choisi de préférence des sujets peu ou point connus; mais nous n'avons pas oublié pour cela que les développements dans lesquels nous avons dû entrer étaient les commentaires d'un fait que les élèves venaient d'observer sous nos yeux ; de sorte que, si par sa forme cette partie se rapproche un peu de l'enseignement théorique ordinaire, elle n'est au fond qu'un premier recueil de faits exposés d'une certaine façon et soigneusement analysés. Chaque leçon a eu pour sujet un malade de notre service, opéré lorsqu'il y avait lieu à l'une de nos séances du samedi. Nous avons discuté, en nous aidant de notre expérience et des observations publiées jusqu'ici, les différentes questions que l'on pouvait soulever à propos de chacun de ces cas. Mais nous nous sommes surtout attaché aux points pratiques par excellence, aux indications et aux contre-indications, aux meilleurs procédés, aux précautions à prendre s'il s'agissait d'une opération; au mode d'explo-

ration le plus favorable, aux caractères vraiment pathognomoniques s'il s'agissait d'une question de diagnostic. Ces leçons ont été recueillies par M. le docteur Thomas avec une très-grande exactitude et un soin que nos lecteurs apprécieront.

La seconde partie est un simple catalogue d'observations. Nous avons tenu à honneur de rapporter toutes celles que nous avons pu réunir du 1er janvier 1874 au 1er juin 1875. Une statistique, expurgée pour la plus grande gloire du chirurgien qui la publie, est plus nuisible qu'utile. Comme nous ne pouvions accomplir seul cette tâche, nous avons réclamé le concours de deux de nos élèves assidus, MM. Raoult et Cousin. Malgré la bonne volonté qu'ils ont apportée dans ce travail, ils n'ont pu éviter de laisser çà et là quelques imperfections. Des observations intéressantes n'ont pas été recueillies, parce que les malades n'ont fait qu'un séjour trop court dans nos salles; d'autres ne sont pas aussi complètes qu'on pourrait le désirer. Ces dernières pourtant nous ont paru présenter un intérêt suffisant pour qu'elles pussent être livrées à la publicité. Dans tous les cas, nous espérons que nos lecteurs ne nous tiendront pas rigueur de ces défauts et qu'ils voudront bien se rappeler que la tâche était lourde et complétement nouvelle. Nos travaux ultérieurs exécutés d'après le même plan présenteront les avantages de celui-ci et seront exempts de la plus grande partie de ses défauts. Nous espérons bien du reste que nos confrères des hôpitaux de Paris et de la province nous suivront dans cette voie et publieront tous la statistique de leur pratique. Plus les travaux de ce genre seront nombreux, plus la science y gagnera. C'est ainsi que la chirurgie française de notre temps prendra sans conteste le rang auquel elle a légitimement droit.

On trouvera encore dans notre seconde partie quelques

considérations à propos de faits exceptionnellement intéressants. Sous ce rapport, nous avons gardé une très-grande réserve; nous préférons laisser au lecteur le soin d'analyser lui-même nos observations et d'en tirer toutes les conséquences qu'elles comportent.

Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons fait fixer, soit par le dessin, soit par le moulage, les pièces qui méritaient d'être conservées. Notre musée particulier de l'hôpital Saint-Louis renferme un grand nombre de moules exécutés par M. Baretta, qui joint à son admirable talent cette finesse d'observation absolument indispensable pour la reproduction des pièces anatomo-pathologiques. Plusieurs se rapportent à des observations contenues dans cet ouvrage. MM. Renaudot et Naudin ont exécuté sous nos yeux un certain nombre de dessins dans le même but; nous les conservons soigneusement, et nous nous proposons de publier dans les volumes suivants ceux qui ne paraîtront pas dans celui-ci. Ajoutons, pour rendre à chacun de ceux qui nous ont prêté leur concours la justice qui lui est due, que les soins ont été donnés à nos malades et à nos opérés, pendant les dix-huit mois qu'embrasse notre travail, par MM. Bourceret, Deny et Exchaquet (en 1874), Ziembicki, Carion, Picard, Porak et Colson (en 1875), internes du service, et par MM. Fisselbrand, Pithois, Degaye, Reynier, Chambard et Vertheimer (en 1874), Sabourin, Delavarenne, Gaillard, Gibat, Bérenger (en 1875), externes; enfin que M. Thomas s'est chargé de la tâche assez aride de classer les faits et d'en établir la statistique.

Nous avons ajouté à la fin de ce volume deux travaux destinés à le compléter : 1° un appendice contenant la statistique de nos opérations de gastrotomie, rédigé et mis en ordre par M. Barrault ; 2° le travail de deux de nos internes, MM. Deny

et Exchaquet, sur l'usage des pinces hémostatiques. Cet opuscule indique très-exactement de quelle manière nous disposons ces instruments dans nos opérations. Il peut suppléer au texte même de l'ouvrage, dans lequel nous n'avons fait qu'indiquer l'usage de la pince, sans insister le plus souvent sur la manière dont nous la plaçons et le temps qu'elle reste sur le vaisseau divisé.

PREMIÈRE LEÇON

DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE

Leur mécanisme et leur traitement rationne

MESSIEURS,

Les deux malades que vous avez devant vous sont affectés de luxation sous-coracoïdienne de l'épaule droite. Chez le premier, la luxation est récente (elle date de quarante-huit heures seulement) et ne présente rien de particulier, de sorte qu'il ne nous paraît pas nécessaire de vous y arrêter davantage. Chez le second, au contraire, la luxation remonte à deux mois et demi; nous pensons qu'il sera bon à ce propos de vous présenter quelques considérations sur le mécanisme des luxations de l'épaule et d'en tirer les conclusions pratiques qui en découlent, pour le traitement de ces luxations, surtout quand elles sont anciennes.

C'est qu'en effet, Messieurs, une thérapeutique rationnelle est en pareil cas d'une nécessité absolue. Il serait à coup sûr impossible d'en établir les bases si l'on n'avait sur le mécanisme de la luxation que des idées vagues ou en contradiction avec les résultats de l'expérience.

Études à ce point de vue, les luxations scapulo-humérales doivent être divisées en deux grandes catégories :

1° LUXATIONS EN AVANT DE LA CAVITÉ GLÉNOÏDE.

2° LUXATIONS EN ARRIÈRE.

Par leur mécanisme, les luxations en bas se rapprochent des luxations en avant et peuvent être étudiées avec elles.

Quant aux luxations en haut, elles sont tellement rares, qu'elles ne constituent qu'une variété exceptionnelle dont nous ne nous occuperons pas.

Dans les cours publics que nous avons professés de 1860 à 1864, tant à l'École pratique de la Faculté qu'à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, nous nous sommes attaché à démontrer que les luxations produites artificiellement sur le cadavre reconnaissent le même mécanisme que les luxations accidentelles. Des autopsies en assez grand nombre, montrant l'identité des lésions dans les deux cas, venaient à l'appui de cette manière de voir.

Voici donc comment nous procédions pour produire artificiellement des luxations de l'épaule.

A. Luxation en avant.

On écarte le coude du tronc (abduction forcée), puis on saisit fortement le bras et on lui imprime, dans sa totalité, un mouvement de rotation forcée en dehors.

Lorsque cette rotation est portée à l'extrême, un coup violent soit sur le coude, soit sur l'extrémité supérieure de l'humérus, produit la luxation. La tête vient en avant et se place au-dessous ou en dedans de l'apophyse coracoïde, suivant la résistance qu'elle éprouve pour sortir de la cavité glénoïde. Cette résistance est opposée par la capsule et les muscles qui l'entourent.

Quand la tête sort entre les muscles, la rotation forcée est portée au summum. Les deux insertions capsulaires et le corps de chaque muscle sont soulevés violemment, distendus à l'extrême jusqu'au moment où la capsule se déchire irrégulièrement pour laisser passer cette volumineuse épiphyse.

Les expérimentations cadavériques entreprises depuis par d'autres ont donné des résultats absolument semblables à ceux que je viens de vous signaler. La méthode de réduction em-

ployée par Schizinger et dans laquelle la rotation en dedans joue le principal rôle est basée sur ces expériences.

Théodore Kocher et Otz ont parfaitement observé qu'il est impossible de produire artificiellement une luxation de l'épaule, soit en avant, soit en arrière, sans combiner l'adduction ou l'abduction avec la rotation en dedans ou en dehors (1).

La luxation en bas n'est qu'une des phases de la luxation sous-coracoïdienne ou intra-coracoïdienne. Il suffit pour qu'elle se produise que le mouvement d'abduction du bras soit exagéré. Dans ce cas, au lieu de quitter la cavité glénoïde, en franchissant son bord antéro-interne, la tête humérale sort au niveau du bord inférieur. Ce déplacement est encore plus facile lorsque la propulsion agit de haut en bas et vient ainsi en aide à l'abduction exagérée.

Des désordres anatomiques d'intensité variable accompagnent ces divers déplacements. La capsule et les muscles qui l'environnent sont tordus et enroulés autour de la tête. Ils cèdent et se rompent aux points où elle exerce le plus énergiquement son action.

Il importe d'avoir ces considérations toujours présentes à l'esprit pour bien comprendre que toute manœuvre inopportune et en contradiction avec elles n'aurait aucune chance de succès. En effet, les obstacles qui s'opposent à la rentrée de la tête humérale dépendent de la capsule et des muscles ; et les uns et les autres opposeront naturellement plus de résistance là où ils seront restés intacts, que là où ils auront été déchirés ou arrachés par la sortie de la tête.

J'insiste un peu, Messieurs, sur la luxation en avant, parce que c'est la plus commune des luxations de l'épaule, on pourrait même ajouter de toute l'économie.

B. Luxation en arrière.

Son mécanisme est tout à fait analogue à celui de la luxa-

(1) Kocher Theodor, *Sur une nouvelle méthode pour la réduction des luxations de l'épaule*, in *Berliner Klinische Wochenschrift*. 1870, n° 9.

tion en avant. Je n'ai pas besoin de vous faire observer, Messieurs, que les mouvements dont l'ensemble produit le déplacement de la tête doivent être faits dans une direction entièrement opposée à celle qu'ils avaient dans la première variété. Ainsi : à l'abduction forcée correspond l'adduction forcée; à la rotation en dehors, la rotation en dedans, etc. En d'autres termes, c'est la reproduction accidentelle des mouvements nécessaires pour réduire la luxation en avant, avec cette différence que ces mouvements sont appliqués sans mesure sur une articulation saine.

Ce double mécanisme étant bien compris, les manœuvres nécessaires à la réduction sont faciles à concevoir :

Il faut, pour rentrer dans la cavité glénoïde, que la tête humérale parcoure de nouveau le chemin qu'elle a suivi pour en sortir.

Pour obtenir ce résultat, l'opérateur doit *imprimer à la tête le mouvement inverse de celui qui a produit le déplacement.* C'est à-dire, pour la luxation en avant, il faut exercer sur l'humérus la rotation en dedans, l'adduction et la propulsion de dedans en dehors.

La réduction des luxations en arrière se fait, comme nous vous le disions tout à l'heure, absolument d'après le même principe.

Nous avons réduit un grand nombre de luxations de l'épaule en avant ou en arrière et remontant à des époques variables, de six semaines à dix-huit mois. Pour peu qu'elles n'eussent point dépassé cette limite, nous avons toujours réussi. Des manœuvres analogues pratiquées en Angleterre par Rushton Parker, dans des cas de luxation ancienne, ont eu également de bons résultats (1).

Maintenant, Messieurs, il ne me reste plus qu'à vous dire un mot de l'appareil auquel je donne la préférence.

Dans les luxations anciennes, la capsule est enflammée, quelquefois remplie d'épanchement; des brides cicatricielles se sont

(1) Rushton Parker, in *British medical journal*, 1872, p. 272.

formées dans les points où s'étaient faites les ruptures, de

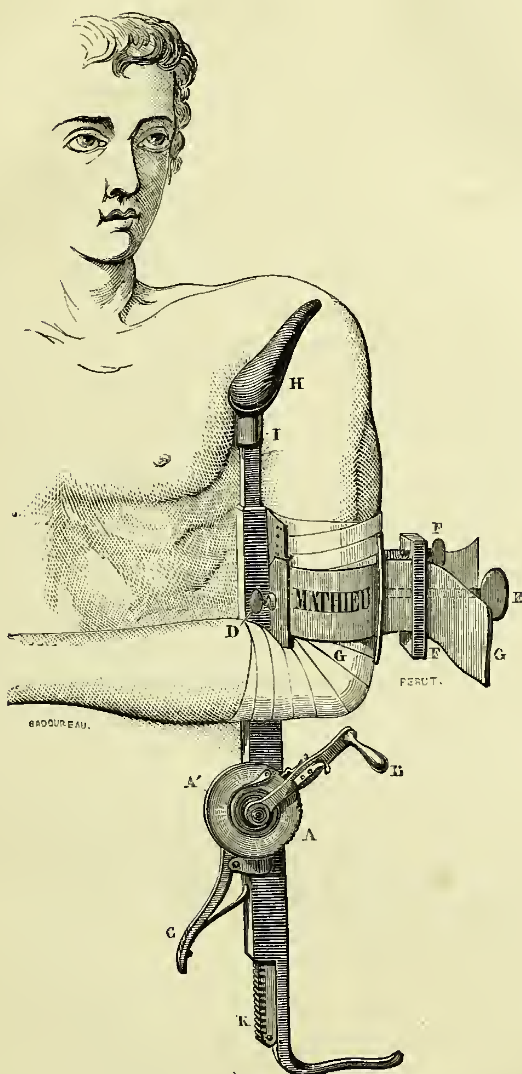


Fig. 1. — Appareil de Jarvis avec dynamomètre appliqué dans une luxation de l'épaule.

sorte que la réduction avec le secours d'aides ordinaires devient, sinon impossible, tout au moins extrêmement labo-

rieuse. Il est également impossible de connaître exactement la force déployée par les aides. Elle est inconstante et varie d'un instant à l'autre, tantôt elle est suffisante pour déchirer les parties molles ; d'autres fois, au contraire, elle tombe au-dessous du minimum nécessaire pour la réduction et ne dépasse point 60 à 80 kilogrammes.

En règle générale, Messieurs, je réduis toutes les anciennes luxations de l'épaule avec l'appareil de Jarvis, modifié par Mathieu. Je n'insisterai pas sur la description de cet utile instrument. Vous la trouverez dans vos traités classiques (1) ; je veux seulement appeler votre attention sur l'heureuse innovation que nous devons à Nélaton : c'est l'addition d'un dynamomètre à l'appareil (fig. 1). Avec ce régulateur, on n'est plus exposé à ce terrible accident, l'*arrachement du membre*, qui s'est produit plusieurs fois, même entre les mains de chirurgiens habiles. L'expérience m'a démontré en effet, Messieurs, que c'est seulement sous l'influence d'une traction de 200 kilogrammes que la peau et les parties molles sous-jacentes de l'épaule se déchirent (2). Il ne faudrait pourtant point s'en fier absolument aux indications expérimentales et déployer toujours sans hésiter une force de 190 à 200 kilogrammes. Nous croyons même qu'il serait imprudent de dépasser 160 kilogrammes. Avec le dynamomètre vous savez toujours où vous en êtes et vous n'avez point l'inconvénient réel de n'exercer qu'une action insuffisante dans la crainte de dépasser les limites de la résistance normale des tissus. Ce que je vous dis à propos des luxations de l'épaule, vous pouvez l'appliquer aux luxations de la hanche. Le mécanisme étant le même, le traitement doit être analogue.

L'application de l'appareil de Jarvis est exempte de difficultés. Il est bon toutefois de prendre certaines précautions pour protéger la peau, le thorax, la clavicule.

Le chirurgien doit d'abord refouler avec les deux mains les téguments du bras vers le moignon de l'épaule. De la sorte,

(1) Voyez *Éléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton, 2e édition, t. III, p. 144.

(2) De Labastida. Thèses de Paris, 1866.

il empêchera la formation de replis cutanés au-dessus du coude et diminuera les chances de déchirure.

Je n'insiste pas sur les dangers de la compression de la poitrine chez un malade chloroformé. Il est toujours facile d'éviter ce fâcheux incident.

La fracture de la clavicule serait à craindre si la fourchette servant à la contre-extension venait s'appliquer directement par sa branche antérieure sur la face inférieure de l'os, en refoulant la paroi antérieure de l'aisselle. Il suffit, pour se mettre en garde contre cet accident, de choisir une fourchette largement ouverte.

Du reste, Messieurs, la meilleure démonstration que je puisse apporter à l'appui de ma manière de voir, c'est celle que fournissent les faits eux-mêmes; si vous voulez jeter les yeux sur ce tableau (*voy. le tableau ci-joint*), vous y verrez résumée l'histoire d'un certain nombre de malades opérés pour la plupart devant vous. Quand tous les moyens ordinaires ont échoué, ceux que je vous recommande ont le plus souvent, sinon toujours, réussi (1).

(1) Les autres réductions faites après le 15 janvier seront consignées dans la seconde partie de ce travail.

Tableau comparatif de quatorze cas de luxations de l'épaule, la plupart anciennes, avec leur mode de réduction.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE PROFESSION.	CAUSE DE LA LUXATION.		AGE de la LUXATION.	VARIÉTÉ.	TRAITEMENT.	ÉPOQUE de la SORTIE.	ÉTAT au moment de la sortie		OBSERVATIONS.
		DATE.	NATURE.					GUÉRI.	NON.	
1	?	?	?	ancienne.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme.—Manœuvres indiquées (sans emploi d'appareil).	?	1		A fait le sujet de la leçon du 4 janvier 1873. (*Diagnostic des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus et des luxations de l'épaule*).
2	Homme âgé.	?	?	Id.	Id.	Mêmes procédés.	?	1		Luxation réduite à la clinique du 1er janvier 1873.
3	?	18 mai 1873.	Chute de sa hauteur sur la paume de la main.	3 semaines.	Sous-glénoïdienne.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.*	?	1		
4	Germoise, nacrier, 40 ans.	22 mars 1874.	Choc de l'épaule gauche contre le bord d'un trottoir dans une chute de sa hauteur.	2 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme et procédés ordinaires sans appareil.	27 mars.		1	Sorti de l'hôpital par mesure administrative.
5	Picot, cordonnier, 29 ans.	18 avril 1874.	Mouvement brusque dans son lit après un réveil en sursaut.	1 jour.	Id.	Id.	?	1		Plusieurs luxations antérieures de la même articulation. Accidents fébriles avant la réduction.
6	Doutreux, ? 68 ans.	7 juillet 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule dans un escalier.	Id.	Id.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.*	19 juillet 1874.	1		

7	Potelle, ? 54 ans.	24 octobre 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule.	1 mois.	Sous-coracoïdienne.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.*	31 octobre 1874.	1		Luxation du pouce en arrière concomitante. Celle-ci avait été seule remarquée par le malade. Il ne se plaignit de son épaule que 3 semaines après la réduction de la luxation du pouce.
8	Bertrand, scieur de pierres, 54 ans.	6 novembre 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule d'une hauteur de 1 m. 80 c.	3 jours.	Sous-coracoïdienne incomplète.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.*	17 novembre 1874.	1		
9	? ébéniste, 17 ans.	3 novembre 1874.	Chute d'une échelle sur l'épaule.	1 mois.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.* $F = 130\,k.$	15 décembre 1874.	1		
10	? 45 ans.	mai 1872.	Chute d'un cabriolet lancé à toute vitesse.	4 mois.	Id.	Id.	»	1		Guérison au bout de 3 semaines. Malade de ville. Traité avec MM. Belin et Brochin.
11	Perrot, tonnelier, 45 ans.	1872.	Chute sur le coude.	6 mois.	Sous-acromiale.	Chloroforme — *Appareil de Jarvis.* $F = 110\,k.$	6 semaines après la réduction.	1		Observation recueillie par M. Faure à St-Antoine.
12	? couturière, 62 ans.	28 décembre 1874.	Chute sur le moignon de l'épaule.	4 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Procédés ordinaires et chloroforme sans appareil.	14 janvier 1875.	1		
13	K... maçon, 54 ans.	29 octobre 1874.	Id.	6 mois.	Sous-coracoïdienne incomplète.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.* $F = 130$	»		1	On apprend presque aussitôt après deux tentatives infructueuses que la luxation était beaucoup plus ancienne que ne l'avouait le malade.
14	M. tourneur, 55 ans.	14 janvier 1875.	Id.	2 jours.	Sous-coracoïdienne complète.	Chloroforme. — *Appareil de Jarvis.* $F = 90.$	»	1		

DEUXIÈME LEÇON

DES HYPERTROPHIES PAPILLAIRES PARTIELLES DE LA LANGUE

Leurs diverses formes. — Diagnostic différentiel de ces formes entre elles et avec les autres maladies de la langue. — Traitement (*excision, compression préventive avec la pince hémostatique*).

MESSIEURS,

Il y a un mois à peine, j'opérais devant vous un malade affecté d'une hypertrophie papillaire partielle de la langue; nous avons affaire aujourd'hui à un cas de même nature. Je vais vous rappeler en quelques mots l'histoire du premier malade, et par le rapprochement de ces deux observations vous pourrez plus aisément saisir les similitudes qu'elles présentent et les différences légères, d'ailleurs, qui les séparent.

OBSERVATION I.

Un jeune homme de dix-sept ans, occupant le n° 55 de la salle Saint-Augustin, portait sur la partie moyenne de la moitié droite de la langue, une tumeur du volume d'une grosse noisette (voy. fig. 2). Développée dans l'épaisseur de l'organe, elle était recouverte par une muqueuse fortement congestionnée et hérissée de papilles hypertrophiées, dont la pression faisait jaillir des jets de sang. Entré d'abord dans le service de M. Besnier, ce malade y avait été soumis, sans succès, à un traitement interne. Opéré

dans une de nos cliniques par l'excision avec hémostase préventive

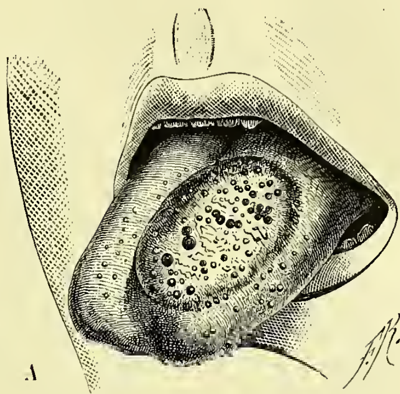


Fig. 2. — Hypertrophie papillaire de la langue. — A, face supérieure (obs. I).



Fig. 2 *bis*. — Même organe. — B, face inférieure avec les veines dilatées et sinueuses. (*De notre collection.*)

au moyen des pinces. Ce jeune homme est aujourd'hui entièrement guéri (1).

La malade que nous allons opérer, Messieurs, présente une hypertrophie papillaire de forme un peu différente.

Les phénomènes de congestion sont plus prononcés, la saillie des papilles est tout aussi notable, mais la grande vascularité de la tumeur attire tout d'abord l'attention et lui donne un aspect assez analogue à celui d'une tumeur érectile sanguine.

(1) Voy. Observation détaillée, in *De la Forcipressure*, mémoire de MM. Deny et Exchaquet. Paris, 1875.

C'est aux hypertrophies de cette nature que convient surtout la qualification d'*hypertrophies papillaires à forme vasculaire.* Voici d'ailleurs, Messieurs, le résumé de l'observation :

OBSERVATION II.

M.... G., âgée de vingt et un ans, fleuriste, sans diathèse héréditaire ou acquise. Paraît faible et anémique ; néanmoins, la menstruation est régulière.

Elle porte sur la partie antérieure de la moitié latérale gauche de la langue une tumeur ovoïde, à grand axe antéro-postérieur, atteignant à peu près la grosseur d'une petite noix. Dans son enfance, la malade n'aurait eu, au point où siége aujourd'hui la tumeur, qu'une petite élevure rouge. C'est à partir de l'âge de dix ou douze ans seulement que la saillie aurait augmenté ; en même temps qu'un léger suintement sanguin se serait fait à la surface. Ce suintement était d'ailleurs intermittent et n'arrivait qu'une fois l'an, au moment du printemps. Depuis deux ou trois ans l'accroissement aurait marché plus rapidement et donné quelques inquiétudes à la malade ; mais ce qui l'effraya davantage, ce fut l'apparition d'hémorrhagies buccales répétées, dont la dernière a eu lieu dans le cours du mois précédent. Depuis le moment de son entrée dans le service, elle n'en a point eu de nouvelles et son état est resté sensiblement le même.

Aujourd'hui, Messieurs, vous voyez que la petite tumeur est bien limitée à la face dorsale de la langue, que *son caractère principal est son aspect grenu et irrégulier* dû à la saillie des papilles. Cette irrégularité s'explique aisément par leur différence de volumes. Bien que l'hypertrophie ait porté sur toutes au même degré, les petites, on le comprend, paraissent moins saillantes que les grosses. — Même à l'œil nu, les vaisseaux sont beaucoup plus apparents qu'à l'état normal. Par leur multiplicité, ils forment à la surface de la plupart des papilles des petites taches ecchymotiques irrégulièrement disséminées, comme des marbrures.

Dans toute la portion de la langue sous-jacente, rampent des veines volumineuses qui semblent venir de la tumeur elle-même.

Elles descendent dans les troncs de la muqueuse qui revêt la face inférieure de la langue et jusque dans ceux du plancher de la bouche. — Ces veines, accolées les unes aux autres, paraissent variqueuses et dilatées à tel point, que leur volume atteint parfois celui d'une plume de corbeau.

Quand on comprime, même légèrement, cette moitié latérale de la langue, on y découvre des battements, comme si les troncs artériels étaient eux-mêmes augmentés de volume.

Comme je le disais, Messieurs, tous ces caractères rapprochent l'affec-



.. 3. — Hypertrophie papillaire opérée en 1859 avec M. Nelaton. (*De notre collection*





Fig. 4. — Coupe de la langue au niveau de la même tumeur. *De notre collection*

PARIS — IMP. F. MARTINET

tion des tumeurs érectiles sanguines de la langue. Ils peuvent aussi nous expliquer les hémorrhagies dont nous avons parlé et qui ont été assez abondantes pour laisser à leur suite l'état d'anémie dans lequel nous trouvons aujourd'hui la malade. C'est aussi aux hémorrhagies, ou plutôt aux moyens thérapeutiques employés contre elles, que nous devons attribuer les troubles physiologiques survenus dans les fonctions de la langue : la gustation se fait mal, la mastication et la phonation sont gênées. Tout cela vient d'applications répétées de perchlorure de fer, qui ont laissé de petits dépôts superficiels résultant du travail épidermique accompli sous leur influence. (La tumeur enlevée, d'après le procédé décrit plus loin, fut examinée au Collége de France (M. Malassez), et l'on trouva que c'était en effet une simple hypertrophie papillaire. Malgré cela la malade dut rentrer dans le service deux mois plus tard pour une récidive. Enlevée de nouveau il y a trois mois environ, la tumeur n'a pas récidivé jusqu'aujourd'hui.)

Ces deux observations d'*hypertrophie papillaire* partielle de la langue, prises à un mois de distance l'une de l'autre dans mon service, me permettent de vous faire remarquer, messieurs, que cette affection n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Pourtant les traités classiques en parlent à peine et les différentes monographies faites sur les affections linguales gardent le même silence. Pour mon compte, il y a longtemps que je l'ai observée pour la première fois. Dès 1859, j'avais fait dessiner un cas d'hypertrophie papillaire partielle de la langue, et le dessin fait à cette époque vous représente pour ainsi dire trait pour trait la tumeur que nous allons opérer (voy. fig. 3 et 4).

Un autre cas absolument identique a été observé par M. Boyron et décrit sous le nom d'hypertrophie papillaire, ou *papillome non cancéreux de la langue* (1). Cette tumeur présentait le caractère histologique fondamental de celles que nous étudions. *Elle était constituée par la prolifération et l'hypertrophie des éléments normaux des papilles linguales*. C'est, là, Messieurs, le trait de ressemblance de toutes les hypertrophies papillaires; leurs différences résident entièrement dans les proportions des divers éléments.

(1) Boyron, *Hypertrophie papillaire de la langue ou papillome non cancéreux. — Amputation partielle de cet organe* (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 septembre 1869, p. 276-281).

1° Les vaisseaux sanguins ne sont point assez nombreux pour attirer l'attention, et l'hypertrophie rappelle mieux par ses caractères extérieurs certaines tumeurs épithéliales qu'une tumeur vasculaire sanguine.

2° L'élément vasculaire domine.

3° Si à ces deux variétés extrêmes nous en ajoutons une intermédiaire, nous aurons une idée suffisamment exacte des différents aspects sous lesquels l'hypertrophie papillaire peut se présenter à l'observateur.

Études maintenant chacune de ces formes isolément:

Première forme [*épidermique*]

C'est pour ainsi dire la forme typique, celle qui servira de terme de comparaison pour apprécier les caractères des deux autres. L'*hypertrophie a porté au même degré sur tous les éléments normaux des papilles.*

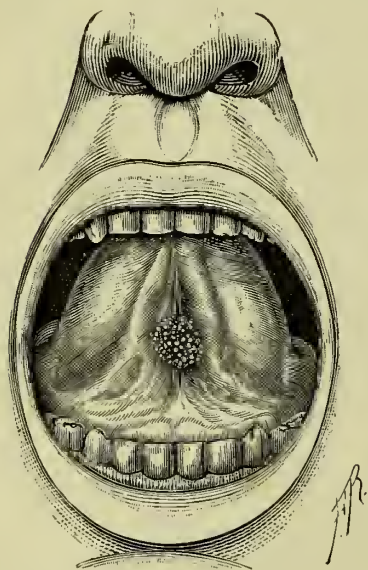


Fig. 5. — Hypertrophie papillaire du frein de la langue. Pièce recueillie dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine. (*De ma collection.*)

Cette variété n'est pas très-rare; nous avons eu l'occasion de l'observer à différentes reprises (voy. fig. 2 et 3). La tumeur siége tantôt sur la face *supérieure*, tantôt sur la face *inférieure* de la langue. Lorsqu'elle est petite, elle diffère assez peu dans l'un et l'autre cas. — Sur la muqueuse de la face inférieure, elle paraît plus nettement circonscrite que sur celle de la face dorsale, elle ressemble mieux à ces végétations que l'on rencontre dans certaines régions: à la vulve, à la marge de l'anus, par exemple ce qu'on s'explique aisément si l'on songe qu'elle n'est plus en-

tourée d'autres papilles formant autour d'elle un gazon saillant. Lorsque la tumeur devient un peu volumineuse, elle paraît encore mieux limitée. Elle fixe souvent l'attention quand elle siége au niveau de la ligne médiane. C'est à cette variété que correspond le plus fort épaississement de la couche épidermique, de sorte que la tumeur tranche par son aspect blanc grisâtre sur les tissus normaux du voisinage (voy. fig. 5).

Deuxième forme [*mixte*]

Elle est tout aussi réelle que la première et la troisième. Il serait difficile, à vrai dire, d'en faire le diagnostic dans un cas isolé; mais si l'on avait affaire à deux malades, dont l'un aurait une hypertrophie papillaire d'aspect épidermique, dont l'autre, au contraire, serait atteint de papillome vasculaire, on n'éprouverait aucune hésitation. Il n'y a là, Messieurs, rien d'étonnant. Ne vous ai-je pas dit en commençant que l'hypertrophie papillaire était une maladie parfaitement définie, dont les variétés ne diffèrent que sur quelques points de détail. La comparaison seule rend ces différences assez saillantes pour qu'elles soient appréciables.

Troisième forme [*vasculaire*]

Si nous voulions classer notre tumeur actuelle, c'est dans cette catégorie que nous la placerions. La vascularisation n'est pas pourtant aussi marquée que dans d'autres tumeurs de cette nature. Nous avons trouvé parfois de véritables angiomes caverneux dans l'épaisseur de la langue, alors que tous les éléments des papilles étaient dans un état d'hypertrophie manifeste, aussi bien dans la couche choriale que dans la couche épidermique. — Cette hypertrophie est, il est vrai, secondaire, étant donnés le volume et l'importance de la tumeur sanguine sur laquelle elle repose. La troisième variété d'hypertrophie papillaire se rapproche donc un peu plus que les deux précédentes de la tumeur érectile vraie ; elle en diffère surtout par l'aug-

mentation constante de volume des papilles, augmentation que l'on ne trouve point au même degré dans les angiomes simples.

A présent, Messieurs, nous arrivons à la seconde partie de cette leçon, la plus importante peut-être, celle qui a trait au diagnostic différentiel entre l'hypertrophie papillaire partielle et les autres tumeurs de la langue (1). Je pourrais passer en revue avec vous les diverses maladies de la langue, et mettre successivement en relief leurs caractères propres, afin que vous puissiez vous-mêmes les comparer à ceux de la maladie dont nous nous occupons. Je préfère suivre une autre méthode et procéder, pour ainsi dire, par ordre de difficultés.

Nous aurons ainsi à examiner :

1° L'HYPERTROPHIE TOTALE.
2° LES TUMEURS ÉRECTILES SIMPLES.
3° LES GOMMES SYPHILITIQUES.
4° LE PSORIASIS SYPHILITIQUE.
5° LE PSORIASIS DES FUMEURS.
6° L'ÉPITHÉLIOMA SOUS SES DIFFÉRENTES FORMES.

A. HYPERTROPHIE TOTALE. — C'est cette affection que les auteurs ont désignée sous les noms de *macroglossie*, *prolapsus linguæ*, *lingua vitulina*, *éléphantiasis de la langue*, etc. Observée par Galien (2), décrite au XVIe et XVIIe siècle par Zacchias (3), Gaspar Peucer (4), elle a été longuement étudiée au XVIIIe par Lassus (5). Enfin, depuis le commencement du siècle, elle a fait le sujet d'un certain nombre de travaux, dont les plus remar-

(1) Il existe une variété d'hypertrophie dans laquelle une seule espèce de papilles, les grosses, le plus souvent, sont seules hypertrophiées. Elles forment de petites tumeurs isolées et disséminées. Cette variété d'affections diffère trop de celle dont nous nous occupons pour nous y arrêter aujourd'hui. Nous nous contenterons de renvoyer le lecteur à une observation prise très-soigneusement, rapportée *in extenso* et figurée dans la seconde partie de notre travail.
(2) *De diff. morborum*, lib. 1, cap. IX.
(3) *Quæstiones med. leg.*, lib. VII, tit. I, quæst. IX.
(4) *De gemnibus Divinatione. Vitebergæ*, 1572, p. 425.
(5) *Dissertatio de linguæ morbis*. Paris, 1765.

quables sont ceux de Maisonneuve (1) en France, Maas (2) et Virchow (3) en Allemagne.

Elle est assez souvent congénitale et ne résulte point d'une inflammation aiguë ou chronique simple; elle est caractérisée anatomiquement par la prolifération du tissu conjonctif, la multiplication des vaisseaux sanguins et lymphatiques etc.

C'est une hypertrophie portant à la fois sur tous les éléments des papilles et ne différant de l'hypertrophie partielle que par le nombre des papilles qu'elle atteint. Mais toutes ces analogies reposent uniquement sur la structure. Les caractères cliniques des deux maladies sont bien différents, et jamais, dans les hypertrophies partielles, on ne trouve de prolapsus ou de déformation des mâchoires, comme dans les cas de macroglossie cités par les auteurs.

La première passe souvent inaperçue au début; car elle atteint des jeunes gens qui s'observent mal et n'y prêtent aucune attention. Comme vous le voyez, Messieurs, nous sommes loin de l'éléphantiasis de la langue qui constitue non-seulement une affection sérieuse du jeune âge, mais souvent une véritable monstruosité.

B. Tumeurs érectiles sanguines. — Congénitales ou non, elles sont plus faciles encore à diagnostiquer, et, lors même qu'elles sont accompagnées d'un peu d'hypertrophie des papilles, leur mollesse, leur réductibilité, leurs battements, la grande dilatation des vaisseaux qui s'y rendent, permettent aisément de les reconnaître.

C. Gommes syphilitiques. — Ici encore le diagnostic est le plus souvent exempt de difficultés. Ce n'est pas que dans certains cas il n'y ait un peu d'analogie eu égard à la forme, au siége, aux dimensions, mais on voit que les papilles sont plutôt soulevées, étalées à la surface de la tumeur sous-jacente que réellement hypertrophiées. Les antécédents, d'ailleurs, mettent

(1) Thèse de concours pour le professorat, 1848.

(2) In *Bericht über die 43te Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Innsbrück*, von 18bis, 24ter, 1869 (Schmidt's Jahrbücher, 1869).

(3) In *Arch. f. path. Anat.*, 1854, B. VII, S.-126.

sur la voie. Lors même qu'elles auraient eu une marche chronique, les gommes mettent toujours un temps moins long à s'ulcérer. A ce moment, elles paraissent s'enflammer, fournissent un bourbillon qui laisse à sa place un *puits* à bords taillés à pic et dont le fond repose au-dessous du derme.

Le traitement antisyphilitique sert de criterium ; il fait tout disparaître, lors même que les manifestations sont anciennes et que l'ulcération a fait de grands ravages.

D. Psoriasis syphilitique. — C'est un accident secondaire. Habituellement, on trouve en même temps qu'une hypertrophie peu régulière des papilles une augmentation de volume de la totalité de l'organe sur les bords duquel, on distingue les traces de la pression des dents. Assez souvent on voit, sur la muqueuse des joues, sur la face inférieure de la langue, des états morbides particuliers ressemblant assez bien aux plaques muqueuses, avec ou sans fissures intermédiaires aux papilles malades.

E. Psoriasis des fumeurs. — Cette affection ne se limite point à la langue. Lorsqu'elle produit des tumeurs circonscrites avec hypertrophie des papilles, elle se complique toujours, sur les bords de la langue et la face interne des joues, de désordres dont l'aspect ressemble assez bien à l'épithélioma.

F. Épithélioma. — Les diverses variétés qui siégent sur la langue donnent lieu à des tumeurs superficielles, qui au moment de s'ulcérer deviennent irrégulières. Un peu plus tard elles se couvrent de *tubercules ulcérés*, d'aspect grisâtre, violacé, à bords indurés nettement reconnaissables des papilles.

L'hypertrophie papillaire partielle constitue donc une tumeur à marche et à caractères spéciaux; si un examen superficiel n'a permis de la reconnaître qu'imparfaitement, il est toujours possible, en analysant isolément ses symptômes, de la différencier des autres tumeurs de la région. Toutefois, il est une variété de tumeurs épithéliales qui naissent sur des hypertrophies partielles dégénérées et qui peuvent en imposer au point de vue du diagnostic. Ces cas sont trop rares pour nous

occuper aujourd'hui. Nous aurons plus tard l'occasion de les décrire.

Si maintenant j'abordais, à la suite de la question du diagnostic, celle du *traitement*, j'aurais, Messieurs, à entreprendre une longue discussion qui rentre dans la thérapeutique de la langue en général, plutôt que dans ce cas particulier. Je me

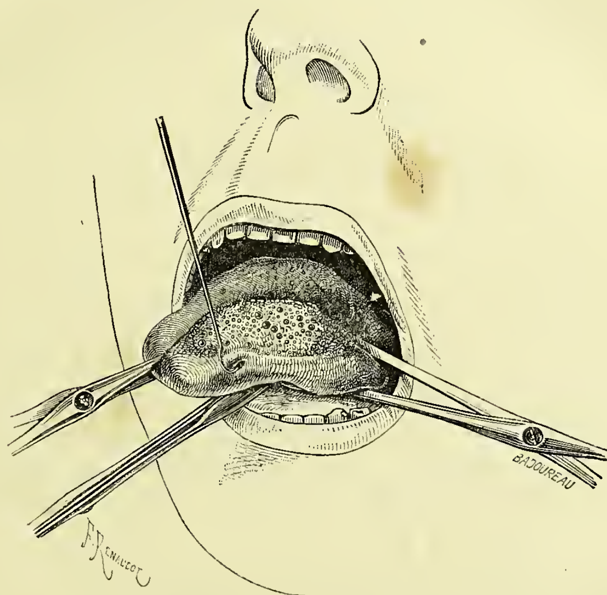


Fig. 6. — Disposition des pinces dans l'ablation des tumeurs papillaires de la langue pour obtenir l'hémostase préventive (Obs. II).

borne donc à vous rappeler le procédé que j'emploie toujours pour l'ablation de ces tumeurs. Ceux d'entre vous qui ont suivi mes cliniques, soit à Saint-Antoine, soit dans cet hôpital, m'ont vu le répéter si souvent que, sans être dénué d'intérêt pour eux, il a tout au moins perdu l'attrait de la nouveauté.

Je ne me sers pas de l'écraseur linéaire, parce que si cet instrument fait une hémostase suffisante pendant l'opération, il n'est pas rare de voir survenir au moment où on le retire une hémorrhagie sérieuse par la linguale. Beaucoup de chirurgiens ont voulu prévenir cet accident par la ligature de l'artère du côté

de la tumeur. Ces tentatives sont souvent restées infructueuses et n'ont ajouté qu'une difficulté de plus au manuel opératoire.

J'ai recours au moyen que j'emploie toujours dans un grand nombre d'opérations sanglantes, à l'hémostasie préventive faite à l'aide des PINCES HÉMOSTATIQUES. La compression doit être ainsi pratiquée : Deux pinces sont placées sur les côtés de la tumeur. Une comprime la langue transversalement en arrière, l'autre comprime d'avant en arrière les faces supérieure et inférieure; enfin, du côté de la bouche, une troisième pince empêche d'arriver le sang des gros troncs qui de ce côté se rendent à la tumeur (1). Simplifiée de la sorte, l'opération devient facile, d'autant plus facile même qu'il n'y a plus à craindre l'écoulement du sang dans les voies respiratoires. On peut agir hardiment avec le bistouri ou les ciseaux et enlever la tumeur dans sa totalité. Ce mode de traitement ne convient point seulement aux hypertrophies papillaires de la langue. Toutes les affections dans lesquelles l'ablation de cet organe est indiquée permettent de l'employer. Je crois, Messieurs, que c'est là une ressource précieuse à laquelle les chirurgiens feront bien de recourir.

(1) Voyez, pour plus de détails, Deny et Exchaquet (*loc cit.*).

TROISIÈME LEÇON

DES HYPERTROPHIES PAPILLAIRES DU PIED

MESSIEURS,

Dans notre précédente leçon, nous vous parlions des tumeurs circonscrites dues à l'hypertrophie des papilles linguales. Toutes les muqueuses accessibles au chirurgien peuvent être le siége de ces sortes d'affections. Dans la bouche, les fosses nasales, la caisse du tympan et le larynx, entre les paupières, dans le rectum et le vagin, sur le col utérin et sous le prépuce, sur la muqueuse de l'urèthre et de la vessie, on rencontre des productions de même nature.

Le tégument externe n'en est point exempt; à la main et au pied, au voisinage des ouvertures normales du corps, on en voit assez fréquemment aussi.

Souvent, dans nos leçons cliniques des années précédentes, nous vous avons fait remarquer les caractères spéciaux que revêt la maladie, suivant qu'elle occupe telle ou telle région.

Ces différences reposent uniquement sur les troubles fonctionnels; les caractères anatomo-pathologiques, la marche, le pronostic présentent la plus grande analogie.

Il est aisé de concevoir, après cela, que les hypertrophies papillaires doivent se faire surtout dans les régions les plus riches

en papilles; où le réseau capillaire est le plus développé, la circulation générale plus active. D'un autre côté, les mouvements fonctionnels, l'abondance des sécrétions, une sorte de tendance morbide aux congestions passives, constituent une véritable prédisposition pour le développement de ces tumeurs.

Nous n'avons point l'intention d'entrer aujourd'hui dans le domaine de la pathologie générale et de développer devant vous ces différents aperçus; nous voulons seulement, puisque nous en avons l'occasion, étudier isolément l'hypertrophie papillaire du pied, comme nous étudiions la semaine dernière l'hypertrophie papillaire de la langue.

Le jeune homme qui fera le sujet de notre leçon est affecté d'une tumeur de ce genre, siégeant dans la région postéro-latérale externe du pied droit en un point où l'hypertrophie papillaire est beaucoup moins fréquente que dans la région plantaire. Voyons quelle marche a suivie la tumeur pour arriver à son volume actuel.

OBSERVATION III.

M..., âgé de vingt ans, garçon boucher, occupe le n° 36 de la salle Saint-Augustin. Rien dans ses antécédents ne permet de croire à une affection diathésique.—D'après ce qu'il dit, le début de la tumeur remonterait à un an environ. Lorsque son attention fut attirée pour la première fois sur la région où elle siége, on n'y découvrait qu'une petite élevure rougeâtre un peu diffuse recouverte de détritus épidermiques farineux. Cette tumeur aurait, dit-il, une origine traumatique, elle résulterait des frottements répétés d'une bottine dont la partie postérieure (contre-fort) se serait affaissée et serait restée pendant assez longtemps dans cet état.

Je raconte l'histoire, Messieurs, exactement comme la raconte la malade, mais je dois vous prévenir qu'il ne faut accorder, pour tout ce qui regarde l'étiologie des tumeurs, qu'une médiocre confiance à ces récits. Les personnes les plus intelligentes et les moins disposées à induire le chirurgien en erreur sont toujours prêtes à assigner une origine traumatique à des affections absolument spontanées. Pour les maladies du pied, cette méprise est facile à comprendre. Lorsque la tumeur a pris un certain volume, elle a joué le rôle de corps étranger, et les chaussures, devenues trop étroites, ont blessé le malade.

Bien que notre jeune homme eût remplacé par d'autres les chaussures qu'il avait, la tumeur continua de se développer et devint douloureuse. Pen-

dant six mois l'accroissement fut lent et à peine perceptible, mais, depuis le mois d'août dernier, il prit une allure beaucoup plus rapide; la gêne augmenta en raison directe du volume de la tumeur. La marche et surtout la station verticale prolongée amenaient un gonflement notable, des battements perceptibles au toucher, et une coloration rouge beaucoup plus vive. Tout disparaissait par le repos au lit, et chaque matin, la tumeur avait repris



Fig. 7. — Tumeur papillaire du pied dégénérée.
Le moule se trouve à notre musée, à l'hôpital Saint-Louis. (*De notre collection.*)

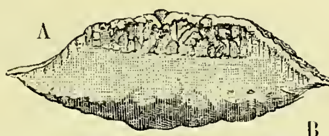


Fig. 8. — Coupe longitudinale de la tumeur. A, face cutanée montrant les papilles hypertrophiées; B, face profonde.

ses caractères habituels. Néanmoins le travail journalier du jeune homme l'obligeant à se tenir constamment debout, il se décide à se faire enlever sa tumeur.

Pendant qu'elle est encore en place, voyons ensemble, Messieurs, sous quel aspect elle se présente (voy. fig. 7.

Siégeant à la partie postérieure du pied gauche, entre le bord externe du

tendon d'Achille et la malléole externe, elle tranche nettement par sa couleur et sa consistance sur les téguments du voisinage. Sa forme est assez régulière, elle est à peu près hémisphérique et appliquée sur les téguments par sa base. La coloration est sombre, d'un rouge violacé, comparable à celle de l'aubergine. La surface n'est pas lisse; sur ses limites, elle est hérissée de petites saillies à peu près égales, distinctes les unes des autres Au milieu on trouve des inégalités, mais les saillies papillaires font défaut. Depuis le premier jour la tumeur a gardé cet aspect. Tout autour de la base, on voit un cercle vasculaire assez abondant, formé par des veinules de petit calibre ; mais nulle part on ne trouve de gros troncs veineux dilatés et variqueux.

A la pression, elle est un peu molle, mais non réductible; elle n'est pas complétement mobile sous les téguments et paraît adhérer assez étroitement au tissu sous-dermique. En un mot, la tumeur offre tous les caractères de ces tumeurs formées par l'hypertrophie partielle des papilles du pied et de la jambe que nous vous avons déjà fait connaître dans nos leçons cliniques antérieures. Mais l'aspect ulcéreux et légèrement tubéreux fait craindre qu'il n'y ait déjà une dégénérescence commençante.

[La tumeur enlevée avec le bistouri, la plaie guérit en assez peu de temps et le malade quitta le service un mois après l'opération. Quatre mois plus tard nous avons eu l'occasion d'avoir de ses nouvelles et il n'y avait pas de récidive. L'examen microscopique de la tumeur fait par M. Malassez nous a montré la légitimité de notre réserve. La tumeur était un *épithélioma papilliforme reposant sur une base érectile.*]

Vous n'avez certes pas oublié que je classais les hypertrophies papillaires de la langue d'après leur richesse en vaisseaux. Ce que je vous disais alors peut s'appliquer avec quelques variantes, aux hypertrophies papillaires du pied. L'hypertrophie résulte-t-elle d'une multiplication de tous les éléments d'une papille normale; vaisseaux sanguins et lymphatiques, tissu conjonctif et fibres élastiques, nous aurons affaire à la première forme; celle que j'ai appelée épidermique, parce que par ses caractères macroscopiques, elle rappelle un peu certaines productions épithéliales. Si au contraire l'élément vasculaire domine, si le tissu conjonctif, quoique plus abondant qu'à l'état normal, n'offre pas une augmentation proportionnelle à celle des vaisseaux, nous serons en présence de l'hypertrophie pa-

pillaire à forme vasculaire. Enfin, la variété mixte représente une forme intermédiaire à la première et à la seconde.

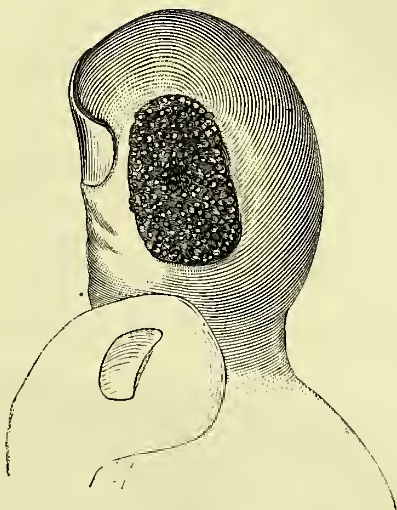


Fig 9. — Hypertrophie papillaire à forme épidermique siégeant sur le gros orteil. Dessin recueilli sur un malade opéré en 1860. (*De notre collection.*)

Au pied comme à la langue, nous avons donc affaire aux trois formes cliniques de l'hypertrophie papillaire :

1° Forme simple ou épidermique;
2° Forme vasculaire;
3° Forme mixte.

Il est assez rare que la distinction soit tranchée aussi nettement que je vous l'indique. Si je prends par exemple la forme simple, il arrive souvent qu'à la périphérie, le tissu conjonctif et le tissu fibreux prédominent, tandis qu'à la base, les vaisseaux sont très-abondants. De telle façon qu'on a affaire à une véritable tumeur fibreuse reposant sur une base érectile. Tantôt les choses se passent différemment; vers le sommet de la papille, les vaisseaux sont assez nombreux pour former une sorte d'angiome, mais à la base, c'est sur le tissu conjonctif que porte

l'hypertrophie, et la tumeur repose sur une sorte de plaque fibreuse qui disparaît peu à peu dans son épaisseur.

De même, la forme vasculaire présente des différences très-notables selon les sujets; tantôt elle se rapproche de la tumeur érectile véritable et n'en diffère que par sa situation superficielle,



FIG. 10. — A, disposition et rapport des tumeurs.

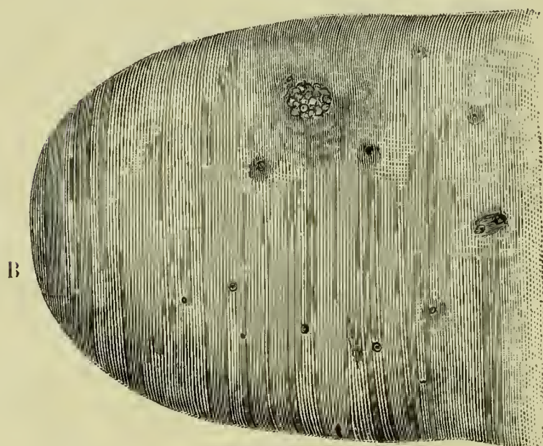


FIG. 10 *bis*. — Hypertrophie papillaire ressemblant à la mélanose, recueillie sur un malade observé par nous en 1850; B, mêmes tumeurs grossies. (*De notre collection.*)

son peu de réductibilité, et par l'augmentation de volume des papilles qui forme malgré tout le caractère essentiel; tantôt, au contraire, la tumeur n'est pas érectile; sans sa coloration et le nombre de ses vaisseaux, elle rappellerait certaines productions fibro-plastiques ou épithéliales. C'est à peu près le cas de notre jeune homme.

J'arrive maintenant aux différences locales. Sur les muqueuses, les papilles hypertrophiées s'excorient et saignent avec la

plus grande facilité; cette tendance aux hémorrhagies constitue leur caractère principal. Sur la peau de toutes les régions, et en particulier de la plante du pied, elles tendent au contraire à s'enflammer et à s'ulcérer. Leur aspect se modifie encore au moment des diverses périodes de l'ulcération. Au début, on voit apparaître vers leur sommet de petites taches d'un brun foncé, qui noircissent rapidement et rappellent un peu l'aspect de la mélanose. Cependant, ces taches sont plus petites, moins saillantes que dans cette dernière maladie (voy. fig. 10).

Peu à peu elles s'étendent, se joignent, et constituent par leur réunion une surface élevée assez bien limitée et toujours recouverte par son épiderme. Un peu plus tard, celui-ci s'excorie, et laisse sourdre un peu de sérosité sanguinolente, qui rend humides les petites tumeurs isolées.

D'autres fois, la surface de la papille s'enflamme avant que l'épiderme ait subi la moindre altération. Il s'établit une sorte de suppuration sous-épidermique. A mesure que le pus devient plus abondant, il distend les couches qui le recouvrent, les éraille, et sort par les passages qu'il s'est ainsi frayés.

Enfin, l'inflammation peut débuter par la couche profonde du derme, s'étendre de là vers les couches superficielles et envahir ainsi la plus grande partie de la tumeur. On voit dans ces cas survenir, au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années, une ulcération profonde, assez semblable à celles que produisent certaines bourses séreuses enflammées.

C'est surtout dans la *forme simple* de l'hypertrophie que l'on voit l'ulcération se montrer sous ces différents aspects, la forme érectile y est moins sujette.

Je crois vous avoir signalé, Messieurs, les traits les plus caractéristiques des hypertrophies papillaires du pied, soit à leur période de formation, soit à leur période d'ulcération.

Lorsque vous les rencontrerez, vous devrez établir leur diagnostic différentiel :

1° Avec les verrues;

2° Les tumeurs érectiles proprement dites;

3° Les lipomes érectiles;

4° L'épithélioma sous ses différentes formes.

Après l'ulcération seulement, vous auriez à compter, outre les tumeurs précédentes, qui toutes peuvent s'enflammer et s'ulcérer,

5° Avec les bourses muqueuses suppurées et le mal perforant.

a. Les *verrues* sont des productions de la peau dont la nature se rapproche un peu de celle de la maladie que nous étudions. Leurs caractères varient comme leur siége.

Au voisinage de la vulve et de l'anus, ces productions ont un aspect tout à fait différent de celui qu'elles présentent à la paume de la main et à la plante du pied. Leur consistance est plus molle, leur couleur un peu plus rouge; elles sont lisses et luisantes à la surface. Malgré cela, ce sont des productions épidermiques. Le microscope démontre que l'hypertrophie des papilles sous-jacentes est insignifiante, tandis qu'il existe une véritable prolifération des éléments du corps muqueux. Les caractères cliniques des verrues sont en rapport avec leur structure; ce sont ceux des productions cornées et superficielles.

Elles sont ordinairement très-petites, parfaitement isolées les unes des autres, même quand elles sont nombreuses et très-rapprochées : elles n'ont aucune tendance à gagner en largeur, et il est extrêmement rare qu'elles prennent une forme érectile.

b. Les *tumeurs érectiles simples* ne sont pas toujours faciles à distinguer des hypertrophies papillaires à forme vasculaire. Je vous ai fait observer, Messieurs, que cette dernière tient le milieu entre l'hypertrophie papillaire simple, et l'angiome véritable. De sorte qu'il est souvent permis d'hésiter lorsque l'on se trouve en présence d'une tumeur vasculaire pour la ranger dans l'une ou l'autre catégorie. Pourtant, la véritable tumeur érectile, quelle que soit la région qu'elle occupe, diffère

de l'hypertrophie des papilles par son siége, par son aspect et par sa marche. Poland, qui a étudié avec le plus grand soin les tumeurs érectiles du pied (1) et passé en revue, non-seulement les cas qu'il a observés lui-même, mais encore ceux qu'avaient rapportés avant lui Dupuytren (2), Paul (3), etc., nous les montre avec leurs véritables caractères.

Elles se développent dans tous les sens, aussi bien vers les parties profondes que vers les téguments, compriment les nerfs et les vaisseaux, refoulent les muscles, déforment les os ou même les détruisent en partie.

Les gros troncs veineux qui s'y rendent sont dilatés et variqueux. Elles sont réductibles par la pression, soulevées par des battements constants, sujettes à de fréquents changements de volume.

Comme vous le voyez, Messieurs, l'ensemble de ces caractères permet de reconnaître aisément la tumeur érectile du pied.

On a cité des cas, il est vrai, dans lesquels les phénomènes érectiles étaient bien moins nets. Mais beaucoup d'observations de ce genre ont trait probablement à des hypertrophies papillaires à forme vasculaire. Tel est le cas cité par M. Bourdillat (4). Il s'agissait d'une tumeur du pied légèrement lobulée et qui n'était, ni réductible, ni fluctuante.

Les deux caractères microscopiques essentiels des hypertrophies papillaires se trouvaient ici réunis. *Il y avait prolifération du tissu conjonctif des papilles du derme et multiplication des vaisseaux.*

Sauf dans ces cas discutables, je crois, Messieurs, que l'on peut toujours distinguer aisément l'hypertrophie papillaire à forme sanguine, fût-elle même érectile, de l'angiome véritable.

c. *Certains petits lipomes érectiles* du pied se rapprochent

(1) In *Guy's hospital Reports*, 1868.
(2) In *Leçons orales de clinique chirurgicale.*
(3) *Die conservativ Chirurgie der Glieder.* Breslau, 1854, p. 403.
(4) In *Gazette des hôpitaux*, 1868.

assez des hypertrophies papillaires. Comme elles, ils sont superficiels, et s'étalent au début en lames sous-cutanées et peu limitées. Des veines d'un certain volume s'y rendent, et par leurs anastomoses multiples, constituent une sorte de cercle sur lequel repose la tumeur.

Mais toutes ces analogies sont plus apparentes que réelles, et la principale réside dans le caractère érectile des deux tumeurs.

Les lipomes ne modifient jamais notablement l'état de la peau. Ils forment de petites masses isolées dont la consistance molle et *souvent* presque *fluctuante* diffère sous tous les rapports de celle des papilles hypertrophiées. Si le doute est possible lorsque les lipomes sont très-petits, lorsque leurs caractères propres sont latents, le diagnostic devient de plus en plus facile à mesure que la tumeur se développe.

Dans le cas actuel, il suffit d'un examen même rapide pour ne pas songer à un lipome.

d. Des diverses variétés de *cancroïde du pied*, l'*épithélioma papilliforme* est celui qui présente avec l'hypertrophie papillaire la plus grande ressemblance.

En effet, dans cette tumeur, les papilles sont réellement hypertrophiées. Quelquefois, cette hypertrophie se développe vers l'extérieur. Elles se montrent comme une sorte de champignon exulcéré, très-vasculaire et saignant avec la plus grande facilité.

Lorsque les vaisseaux sont extrêmement abondants, la tumeur prend le caractère érectile et devient le siége de battements. C'est ainsi que Lücke a décrit un *cancroïde papillaire compliqué d'une tumeur caverneuse* (1).

Mais ces gros tubercules fongueux étroitement adhérents aux tissus sous-jacents, ne ressemblent que de loin aux papilles hypertrophiées. D'ailleurs, si l'on avait quelque doute, ou mieux si l'on supposait, comme chez le jeune homme qui a fait le sujet de notre observation que l'hypertrophie papillaire est

(1) Voy. *Canstatt's Jahresbericht*, I, 247, 1865.

dégénérée, le microscope donnerait le dernier mot de la question. Il montrerait dans le cancroïde une véritable infiltration épithéliale des papilles. Cette infiltration s'étend au loin et tend à envahir les couches profondes du derme et même le tissu sous-dermique. Au début de l'épithélioma, longtemps avant qu'apparaisse l'ulcération, l'examen histologique permet seul de formuler un diagnostic exact, l'ensemble des caractères physiques ne peut fournir que des présomptions souvent trompées dans la suite.

Si l'épithélioma, au lieu de se développer primitivement vers la peau, tend à gagner les parties profondes et à envoyer des prolongements jusque dans le périoste, le diagnostic se fait d'après les mêmes principes et donne lieu aux mêmes considérations. La dureté de la tumeur, son adhérence étroite aux tissus du voisinage, sa fixité sont des caractères insuffisants pour permettre d'affirmer que c'est un cancroïde.

Pour achever cette partie de notre sujet, je vous entretiendrai un instant de deux affections ulcéreuses : le *mal perforant* et les *bourses muqueuses enflammées*. On a voulu faire rentrer leur étude dans celle des hypertrophies papillaires. Ces affections, disait-on, sont toujours accompagnées d'une augmentation de volume des papilles du voisinage, d'une véritable hypertrophie. Le fait est exact, mais cette hypertrophie papillaire consécutive n'appartient point seulement au mal perforant ou aux bourses muqueuses enflammées. Près des trajets fistuleux dus à la nécrose ou à la carie des os du pied, on trouve des callosités qui forment autour de la solution de continuité un rebord saillant. La pathogénie est la même dans tous ces cas. Au contact prolongé du pus et des liquides irritants qui s'écoulent par les plaies et les fistules, les papilles s'hypertrophient, leur épiderme prolifère, et ainsi se trouve formé le bourrelet en question.

Ce n'est point là, Messieurs, l'hypertrophie papillaire primitive, ce n'est qu'un phénomène secondaire. Malgré l'identité histologique des productions, nous croyons que c'est tomber dans une confusion regrettable que de les réunir dans un même

chapitre. A côté des caractères anatomiques des tumeurs se trouvent les caractères cliniques dont il faut absolument tenir compte dans la classification.

En rapportant tout à l'examen anatomique, on arriverait à décrire en même temps, comme l'a fait Kohn (1), la dermatite papillomateuse du cuir chevelu, le lupus et le sycosis.

L'hypertrophie papillaire du pied est donc une affection spéciale, primitive, qui réclame un traitement approprié.

Au début, on retire un véritable bénéfice de l'usage rationnel des alcalins donnés à l'intérieur et en bains généraux ou locaux répétés. Un peu plus tard, lorsque la tumeur est volumineuse, et gênante, l'ablation est indiquée. Lorsqu'elle est convenablement pratiquée, elle n'est point dangereuse et guérit complétement la maladie, qui ne récidive point sur place tant que l'hypertrophie est simple.

(1) In *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, p. 385, 1869.

QUATRIÈME LEÇON

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA STAPHYLORRHAPHIE

MESSIEURS,

Nous allons opérer devant vous une jeune femme atteinte de division congénitale du voile du palais et un jeune homme affecté de division accidentelle de la voûte, mais avant de vous donner la description de la manière dont je pratique habituellement la staphylorrhaphie, j'ai l'intention de vous rappeler le cas d'un des malades de ma clientèle dont je vous ai déjà parlé l'année dernière dans cet amphithéâtre.

OBSERVATION IV.

Au mois de juillet 1874, j'opérai, assisté de M. le docteur Royer et de M. Deny, mon interne, le fils d'un marchand de nouveautés de la rue d'Allemagne. Il était alors âgé de sept ans et portait depuis sa naissance une division complète du voile du palais. L'opération fut pratiquée d'après les principes que je vais vous tracer tout à l'heure. Les jours suivants on le nourrit avec des aliments substantiels mais liquides, et on le surveilla avec soin pour qu'il n'exerçât aucune espèce de traction sur les fils de la suture qui furent retirés le dixième et le onzième jour. La réunion s'était faite par première intention. Elle a été durable. L'habile confrère qui s'est chargé des soins consécutifs nous a donné plusieurs fois des nouvelles du jeune opéré, et nous a affirmé que le nasonnement a disparu et que ce malade prononce aujourd'hui les gutturales presque aussi bien que les autres lettres.

L'observation du jeune homme atteint de division accidentelle de la voûte sera présentée dans la seconde partie de notre travail. Un peu plus tard, nous vous parlerons de l'uranoplastie. Aujourd'hui, nous vous rapporterons seulement l'observation de la malade atteinte de division congénitale de la voûte et du voile du palais.

OBSERVATION V.

Au mois de janvier dernier, entra dans notre service une jeune fille de dix-neuf ans, portant depuis sa naissance une division presque complète de la voûte et du voile du palais. Je n'insiste pas sur les antécédents, ni sur les symptômes fonctionnels qui n'offraient rien de particulier. La solution de continuité s'étendait jusqu'à un centimètre environ de l'arcade dentaire. Nous pratiquâmes la suture depuis le sommet de la luette jusqu'à l'extrémité antérieure de la division. Les fils placés sur le voile du palais lui-même coupèrent les parties molles et la réunion fut imparfaite. Au contraire, toute la fente correspondante à la partie dure fut parfaitement réunie. Depuis lors, nous n'avons pas revu la malade.

J'arrive maintenant aux considérations cliniques.

On peut classer en deux grandes catégories les divisions du voile du palais ; elles sont :

1° Congénitales,

2° Accidentelles.

Les premières ne sont pas toujours bornées au voile, elles intéressent parfois une partie ou toute la portion osseuse de la voûte palatine ; parfois aussi elles sont accompagnées de bec-de-lièvre simple ou double. Pour aujourd'hui, nous ne nous occuperons point de ces diverses variétés sur lesquelles nous aurons certainement l'occasion de revenir.

Qu'elles soient d'ailleurs limitées à la portion molle du palais ou qu'elles intéressent une partie de la voûte osseuse, les divisions congénitales réclament habituellement l'intervention du chirurgien.

Parmi les divisions accidentelles, les unes permettent également l'autoplastie, d'autres au contraire ne peuvent être améliorées que par la prothèse. Dans ce dernier groupe, on doit ranger surtout celles qui tiennent au *lupus*. Les divisions d'ori-

gine syphilitique sont quelquefois combattues avec succès, mais il ne faut agir que longtemps après le début des accidents, autrement on s'exposerait à un insuccès certain, en opérant sur des tissus dont la nutrition a profondément souffert, et qui ne seraient point encore arrivés à leur période de réparation. — Les phénomènes fonctionnels que produisent les solutions de continuité du voile du palais vous sont connus: C'est ce trouble particulier de la phonation, qui fait que le malade ne peut plus prononcer correctement les gutturales, le nasonnement; c'est la gêne de la déglutition, par suite de laquelle on voit souvent une partie des liquides revenir par les narines. — Il n'est donc nullement étonnant que les chirurgiens se soient depuis longtemps préoccupés des moyens de remédier à ces inconvénients. — La staphylorrhaphie n'est point en effet, Messieurs, une opération de date récente. Néanmoins, malgré les services incontestables qu'elle a rendus, elle a compté et compte encore, en France surtout, de sérieux adversaires.

On peut résumer sous deux chefs les arguments qu'ils font valoir contre elle :

1° *La staphylorrhaphie est une opération extrêmement laborieuse, et les difficultés que présente le manuel opératoire rendent souvent le succès plus qu'aléatoire.*

2° *Lors même que le résultat a répondu à toutes les espérances, les troubles persistent et le voile du palais ne remplit pas mieux ses fonctions qu'avant la réunion.*

Prenons à tour de rôle ces deux objections, et nous verrons par l'analyse raisonnée des faits ce qu'elles ont de fondé et ce qu'elles ont d'exagéré.

On ne saurait nier, Messieurs, que l'exécution de la staphylorrhaphie ne soit entourée de certaines difficultés.

Il n'est pas facile d'aller chercher au fond de la cavité buccale, un organe aussi glissant et aussi mobile que le voile du palais. Au simple contact des instruments il fuit, et très-souvent des mouvements de déglutition ou même des vomissements viennent retarder l'opération.

Même chez un malade docile, il est extrêmement difficile de faire tenir la bouche ouverte et la langue abaissée.

Enfin, comme dans toutes les opérations de la bouche, on doit compter avec le danger de suffocation imminente, que créerait le passage du sang dans les voies respiratoires.

Ce sont là autant de difficultés réelles qu'il faut tourner; et pour cela, on doit avoir recours à des instruments qui répondent à toutes les exigences de l'opération.

On a construit dans ce but un grand nombre d'appareils dont quelques-uns, nous devons l'avouer, sont très-bien conçus et très-ingénieux. Nous avons employé plusieurs d'entre eux à diverses reprises, mais sans en retirer tout le bénéfice que nous en avions d'abord attendu.

En 1866, pendant que nous remplacions à la Charité M. le professeur Denonvilliers, nous appliquâmes pour la première fois un instrument dont l'usage s'est étendu depuis, non-seulement à la staphylorrhaphie, mais à des opérations d'autres régions : à la fistule vésico-vaginale, à la périnéorrhaphie, par exemple; nous voulons parler du chasse-fils construit sur nos indications par M. Mathieu (voy. fig. 11).

Nous fîmes construire en même temps par M. Guéride des aiguilles destinées à rendre le passage des fils également facile. — Comme vous le voyez, Messieurs, ces aiguilles portent à leur talon un chas tubulé et conique dans lequel passe un *fil métallique*. Lorsqu'il est engagé dans le chas, ce fil est recourbé sur lui-même par l'opérateur qui le tire ensuite à lui, comme pour le dégager. Il se trouve ainsi passé en double et suffisamment fixé pour qu'on n'ait pas à craindre qu'il s'échappe.

Nous ne sommes point arrivé du premier coup à nous servir du chasse-fils et de ces aiguilles. Avant l'emploi du fil métallique, nous faisions usage pour le passage du fil ciré, d'un double bouton de plomb et d'aiguilles ordinaires de courbure semblable à celles dont je viens de vous parler (voy. fig. 12). Les fils se passaient comme toujours par le chas. Nous avions même fait construire des aiguilles montées sur manche et dont

le chas rendu mobile pouvait être détaché isolément du manche. A cette époque, nous avions trouvé de véritables avantages dans ces aiguilles et nous ne les avons abandonnées que pour nous servir de la suture métallique.

Quant au chasse-fils, il se compose d'une partie renfermant l'aiguille et tubulée comme dans l'instrument de Simpson. La base est armée d'un barillet monté sur un ressort assez flexible et quand le fil métallique est engagé dans le tube, on fait tourner le barillet, ce mouvement imprime au fil une impulsion qui le fait cheminer jusqu'à l'extrémité de la pointe. On le fait alors passer aussi loin que l'opération le demande, puis on le saisit avec une pince ou avec les doigts, et on retire l'aiguille en prenant soin de donner au ressort un mouvement d'élévation qui porte le barillet en arrière et l'empêche d'appuyer sur le fil.

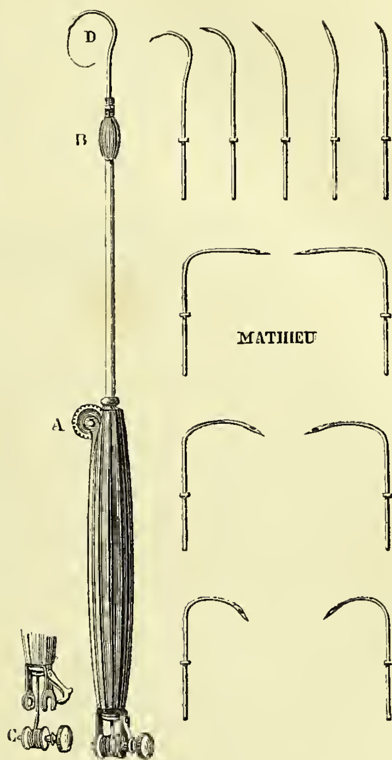


Fig. 11. — Chasse-fils construit par M. Mathieu.

Désormais donc, nous n'aurons plus à compter avec les difficultés qu'offrait autrefois le placement des fils. — Nous préviendrons de même chacun des autres accidents que je vous énumérais plus haut, par l'usage d'un instrument convenablement approprié. Contre la mobilité extrême du voile du palais, nous avons la pince fixatrice qui le saisit en arrière et prévient tout mouvement. *Par l'usage* des *pinces hémostatiques*, nous nous mettrons en garde contre le passage au sang dans les *voies aériennes*. Elles nous rendent ici un service

signalé, comme dans toutes les autres opérations de la cavité buccale. — Pour maintenir les mâchoires écartées, nous nous servirons de l'*écarteur des mâchoires* de Lüer. Un *abaisse-*

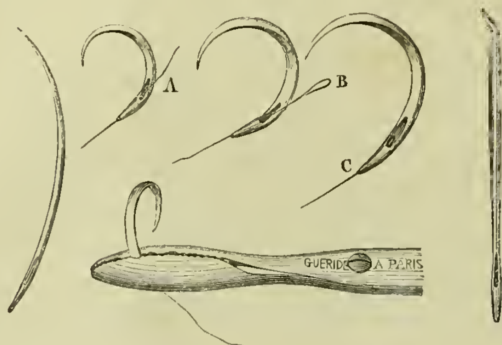


FIG. 12. — Aiguilles à staphylorrhaphie construites par M. Guéride.

langue à manche coudé de longueur modérée, viendra compléter la liste des instruments nécessaires.

Mais un auxiliaire précieux dans cette opération, c'est le chloroforme. Malgré la répugnance que professent pour son emploi dans les opérations de la face certains chirurgiens français, nous y avons toujours recours et jusqu'à présent nous n'avons trouvé que des avantages dans cette manière d'agir. Du reste, un chirurgien anglais dont la compétence en pareille matière est indiscutable, M. Thomas Smith, l'emploie toujours dans les mêmes conditions (1).

En 1869, il a présenté à la Société clinique de Londres une statistique renfermant 42 staphylorrhaphies pratiquées à différents âges. Le plus souvent les malades avaient été chloroformisés, et l'auteur est arrivé à cette conclusion que l'anesthésie rend dans ces cas les mêmes services que dans n'importe quelle autre opération.

J'en ai fini, Messieurs, avec les modifications apportées depuis quelques années dans la pratique de la staphylorrhaphie, et je crois avoir suffisamment répondu à la première objection.

(1) *Clinical Soc. of London*, 22 octobre 1869. *Lancet*, 1869, t. II, p. 11.

Je n'ai plus qu'à vous parler sur ce point de deux petits détails en apparence insignifiants.

1° Les fils ne doivent comprendre que la muqueuse et laisser, au moins en partie, les muscles intacts.

2° Il faut avoir soin de ne pas choisir des fils d'un trop gros calibre. Si l'on néglige cette précaution, on est à peu près certain de les voir rapidement tomber; surtout s'ils ont été appliqués sur la muqueuse de la voûte palatine.

J'arrive maintenant au second argument des adversaires de la staphylorrhaphie :

Elle est inutile. — La conséquence pratique d'une telle affirmation serait l'abandon complet de l'opération. C'est bien ainsi d'ailleurs qu'on l'a entendu : on a proposé de la remplacer par l'usage d'un palais en caoutchouc.

Pour mon compte, Messieurs, j'ai toujours vu la staphylorraphie, pratiquée de bonne heure et dans de bonnes conditions, faire disparaître le nasonnement. Sans doute, cette disparition n'est point immédiate, mais c'est uniquement à l'habitude acquise qu'il faut en attribuer la persistance. C'est seulement par un exercice prolongé que le timbre de la voix et la prononciation se réforment.

J'ai vu dans ma pratique de nombreux opérés acquérir au bout d'un temps assez court une voix absolument normale. — Un jeune homme que j'ai opéré en 1866 et dont l'observation a été relatée dans une thèse de cette époque (1) est aujourd'hui complétement guéri. Le palais artificiel, pour donner les résultats qu'on peut en attendre, demande un exercice de cinq à six ans. Jamais chez nos opérés un pareil temps n'a été nécessaire.

Il résulte de tous ces faits, qu'il faut pratiquer la staphylorrhaphie de bonne heure, afin que le malade puisse se corriger aisément de ce qui chez lui tient à l'habitude plutôt qu'à la disposition des organes.

D'ailleurs, si les muscles avaient été lésés et s'il s'était formé

(1) Prévost, in *Thèses de Paris*, 1866.

une cicatrice médiane assez forte pour transformer le voile du palais en une cloison rigide incapable de s'appliquer sur la paroi postérieure du pharynx (1), on aurait toujours la ressource de pratiquer le débridement comme le veut Francis Mason.

Mais doit-on opérer les enfants nouveau-nés? C'est là une question déjà longuement et sérieusement discutée et bien loin encore d'être résolue.

Les uns sont pour l'affirmative et ils apportent à l'appui de leur opinion l'exemple de Billroth, qui a opéré avec succès des enfants âgés de vingt-huit semaines à un an (2), celui d'Otto Veber (3), d'Ehrmann (4), etc. Il est évident qu'à cet âge l'opération ne présenterait pas d'autre difficulté que celle qui tient au peu de résistance des tissus, et que la guérison pourrait être obtenue. Mais, malgré ces autorités, la pratique n'est point fixée et Thomas Smith regarde l'âge de six à huit ans comme le plus favorable; c'est également notre opinion.

(1) Francis Mason, 1869. *Novel proceeding for improving the voice after the operation of staphyloraphy.*

(2) *Arch. für klin. Chir. von Langenbeck*, 1863.

(3) *Eod. loc.*, 1863.

(4) *Gaz. méd. de Strasb.*, 1870.

CINQUIÈME LEÇON

DE L'ÉLÉPHANTIASIS PALPÉBRAL

Messieurs,

Vous avez pu voir au n° 17 de notre salle Saint-Augustin un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'une affection peu commune de la paupière supérieure. Vous aurez si rarement l'occasion de rencontrer des cas semblables, que je ne veux point laisser passer celui-ci sans vous avoir bien montré ce qu'il offre de particulièrement intéressant.

OBSERVATION VI.

K.... exerce depuis six ans la profession de tailleur. Sa constitution paraît débilitée. Il n'a jamais eu de manifestations, ni strumeuse ni syphilitique.

On ne trouve rien non plus dans ses antécédents héréditaires qui paraisse en rapport avec la maladie présente.

C'est vers l'âge de six ou sept ans seulement qu'il se serait aperçu pour la première fois de l'inégalité de volume de ses deux paupières.

A cette époque, la tumeur occupait l'extrémité interne du sourcil droit, qui paraissait un peu plus saillante que celle du côté opposé. Elle était, comme elle l'est toujours restée depuis, diffuse et mal limitée. Il ne peut donner sur sa grosseur et sur sa consistance que des renseignements très-vagues. Il affirme toutefois que jamais, en appuyant le doigt sur la région, il n'a eu la sensation d'un corps isolé roulant sous les téguments. Au

contraire, c'est à peine si la paupière lui semblait différente de celle du côté opposé ; *elle était seulement un peu plus grasse.*

Depuis son début, la tumeur s'est développée avec une extrême lenteur ; jamais elle n'a été douloureuse, jamais elle n'a eu de tendance à faire saillie du côté de la cavité orbitaire. Aujourd'hui encore, l'œil est exactement au même niveau que celui du côté sain et présente les mêmes caractères.

L'hypertrophie considérable de la paupière supérieure n'en avait jamais rendu l'élévation impossible jusqu'au jour où fut pratiquée la première opération.

A partir de 1870, la marche sembla devenir un peu plus rapide. Bientôt, la difformité et la gêne du mouvement attirèrent plus vivement que jamais l'attention du jeune homme. Il résolut donc de se faire opérer et entra dans ce but à l'hôpital Lariboisière au mois de juin 1872.

La tumeur aurait présenté à cette époque sensiblement le même volume qu'aujourd'hui.

L'ablation fut pratiquée, et l'on voit encore au-dessous du sourcil, sur la face externe de la paupière supérieure droite, les cicatrices de l'incision faite alors aux téguments.

Aussitôt après, survint le prolapsus de la paupière supérieure qui existe toujours. Celui-ci est bien une conséquence de l'opération, et non de la tumeur, car, comme je vous l'ai dit, jamais avant l'ablation, l'élévation n'a été complétement impossible. Depuis, au contraire, le ptosis a été complet même avant l'apparition de la récidive.

Si j'insiste sur ce point, Messieurs, c'est afin de vous démontrer que, dans le cas actuel, il n'y a point de destruction du muscle releveur de la paupière supérieure, ni du filet du moteur oculaire commun qui l'anime imputable à la tumeur elle même. — C'est au bout de quatre mois seulement après l'opération que la récidive est devenue manifeste. Comme la première fois, la tumeur est indolente et diffuse ; comme la première fois, elle s'est développée lentement de l'extrémité interne du sourcil droit vers les téguments de la paupière supérieure qu'elle tend à gagner. Son accroissement a été plus rapide qu'avant l'opération. Si nous en croyons ce que nous dit le malade, elle est aujourd'hui aussi volumineuse et aussi étendue que lors de la première ablation et présente des caractères analogues (voy. fig. 13).

Elle a donc mis deux ans tout au plus pour arriver au volume qu'elle n'avait atteint la première fois qu'en une dizaine d'années.

Le malade est actuellement dans l'état suivant : l'œil droit est constamment fermé ; de ce côté, la paupière supérieure saillante surtout dans sa moitié supérieure est notablement plus volumineuse que celle du côté opposé, de sorte que même en faisant fermer l'œil gauche, l'asymétrie

des deux paupières constitue une difformité choquante qui donne au facies un caractère particulier. Aucun pli ne marque sur les téguments de la paupière les limites de la tumeur, elle ne paraît pas s'étendre jusqu'au

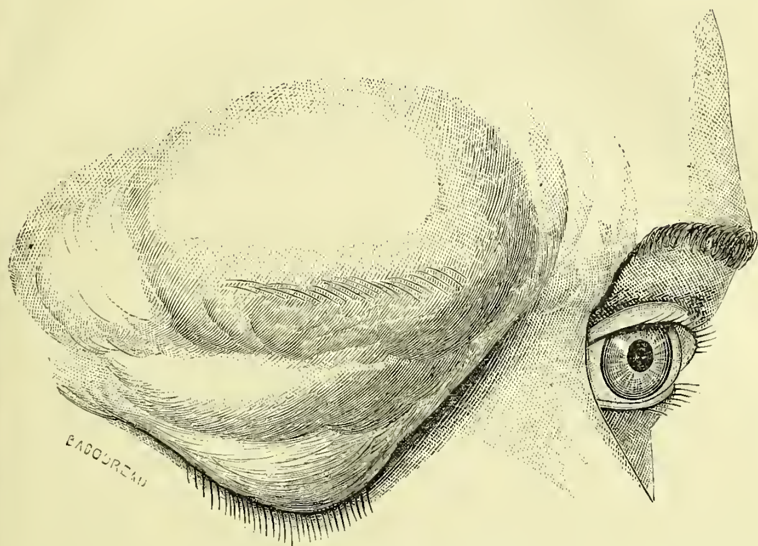


Fig. 13. — Éléphantiasis palpébral.
Le moule est à notre musée de Saint-Louis. (*De notre collection.*)

bord libre, et décroît insensiblement du côté de l'angle externe de l'œil; de même en haut, elle paraît se limiter au-dessus de la région sourcilière et ne se prolonge pas vers la racine du nez.

La peau qui la recouvre est fine, plus fine même que celle de la paupière gauche; elle est parcourue par un réseau vasculaire très-riche. On voit aisément au-dessous des téguments des veinules ou même des veines d'un certain volume s'entrecroiser, s'anastomoser; tandis que, sur les limites de la tumeur, la peau n'est point plus vasculaire que dans les autres régions.

Au toucher, la sensation principale que l'on perçoit est une rénitence diffuse, çà et là quelques inégalités à peine appréciables et jamais assez limitées pour constituer des bosselures. — Nulle part on ne trouve de fluctuation; il est également impossible de découvrir un cloisonnement quelconque. Quant au volume, autant qu'on peut l'apprécier dans une tumeur de cette nature, il est comparable à celui d'un œuf de poule coupé suivant son grand axe et dont une moitié aurait été enveloppée dans les téguments de la paupière supérieure.

Les parties voisines sont absolument intactes, le bord de la paupière

malade a conservé ses rapports normaux avec le globe oculaire, et il n'y a pas le plus léger degré d'entropion. La sécrétion des larmes se fait bien; la paupière inférieure est tout à fait normale ; il n'y a ni déviation de points lacrymaux, ni insuffisance de l'orbiculaire. Le globe de l'œil lui-même est absolument sain; l'examen ophthalmoscopique n'y fait rien découvrir, et c'est tout au plus si, dans la vision à courte distance, on trouve une légère différence entre l'acuité visuelle des deux côtés. L'œil gauche, en effet, distingue aisément les caractères du n° 1 de l'échelle de Jæger, l'œil droit ne peut distinguer que ceux du n° 3. — C'est un commencement d'amblyopie par manque d'usage, facile à expliquer par le ptosis complet de la paupière qui remonte à deux ans.

[La tumeur fut enlevée avec le bistouri. Après que la plaie fut complétement guérie, on vit que la disparate si choquante des deux paupières était à peu près corrigée. Nous nous proposions de faire un peu plus tard une nouvelle opération afin de remédier au ptosis. Dans ce but, le malade rentra dans le service deux mois après sa sortie et y resta un mois environ. Pendant ce nouveau séjour nous remarquâmes que sa santé générale souffrait visiblement. En auscultant soigneusement les deux sommets, on s'aperçut que la respiration était rude, l'expiration prolongée; phénomènes qui n'existaient pas lors de sa première entrée à l'hôpital. Nous vîmes là une contre-indication manifeste pour toute espèce d'opération. De sorte que le malade retourna dans sa famille quinze jours plus tard, incomplétement guéri. Depuis, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.]

En comparant cette tumeur à celles que l'on rencontre habituellement à la paupière supérieure ou dans la région sourcilière, on ne peut la classer parmi aucune de ces variétés. Ce n'est ni un lipome, ni un kyste, ni un sarcome, ni un cancer.

Son développement ne s'est point fait aux dépens d'un tissu isolé, elle est formée par une égale hypertrophie de tous les tissus de la région ; le derme, le tissu sous-cutané, le tissu adipeux et même quelques fibres musculaires entrent dans sa composition. C'est, en d'autres termes, un véritable éléphantiasis de la paupière supérieure.

Il est certaines régions dans lesquelles sans être fréquentes ces tumeurs ne sont point extrêmement rares, aux organes génitaux, aux lèvres, sans parler des membres inférieurs. Pour mon compte, j'en ai vu quelques-unes constituant par leur volume et leur siége une véritable infirmité. J'ai opéré, entre autres, un jeune homme de dix-sept ans environ, qui portait

une tumeur de cette sorte dans la région dorsale. Elle partait de la fosse sous-épineuse droite, intéressait une partie de la région dorso-lombaire, et retombait en tablier jusque sur les fesses. Malgré son volume énorme, cette tumeur n'avait produit aucun trouble général, et après l'ablation il n'y eut ni récidive ni même arrêt de développement (1). Il est toujours, en pareil cas, difficile de dire si ces tumeurs sont formées de tissu fibreux ou fibro-plastique, car à la coupe elles présentent une consistance lardacée et une coloration d'un blanc jaunâtre qui n'a rien de caractéristique.

Aux paupières, ces tumeurs sont, comme je vous le disais, extrêmement rares; il est facile d'énumérer les observations publiées jusqu'à ce jour.

Une observation de Liston (2), deux de Caron du Villard (3), une de de Graefe (4), tel est à peu près tout ce que renferme la littérature médicale.

Presque toujours ces tumeurs ont offert le même caractère de bénignité. Les principaux troubles auxquels elles ont donné lieu ont été des troubles fonctionnels imputables à leur volume. C'est ainsi que dans une observation de Caron du Villard (5) on voit la tumeur envahir les deux paupières et retomber sur la joue au point de constituer une difformité perceptible à une très-longue distance.

Malgré leur rareté, les tumeurs éléphantiasiques de la paupière supérieure sont faciles à reconnaître, car elles présentent un aspect et une marche qui leur sont propres et que l'on ne rencontre dans aucune autre affection de la région; elles apparaissent le plus souvent dans le jeune âge, quelquefois même elles sont congénitales. Restées stationnaires pendant très-longtemps, elles prennent parfois à la suite d'un accident un accroissement extrêmement rapide. Chez le malade de Caron du Villard, la tumeur avait conservé pendant vingt ans un vo-

(1) *Tumeurs des lombes*, par M. Péan. Paris, 1869.
(2) *Expérience*, 31 octobre 1844.
(3) *Annales d'oculistique*, 1854, t. XXXII, p. 253 et 1856, t. XXXV, p. 129.
(4) *Klinische Monatsblätterf. Augenheilk*, t. I, p. 21, 1853.

lume insignifiant ; survient un traumatisme, et en deux ans, la paupière acquiert une grosseur énorme. C'est aussi un traumatisme qui a amené la rapide augmentation de volume de la tumeur chez une jeune fille dont le même auteur nous a rapporté l'histoire.

Rien de semblable n'est arrivé chez ce jeune homme. La paupière s'est graduellement et spontanément hypertrophiée, et l'on ne peut absolument rien attribuer à un accident.

Ainsi donc, Messieurs, l'éléphantiasis palpébrale est une tumeur congénitale ou tout au moins débutant dès le jeune âge ; et marchant lentement tant qu'un accident ne vient pas accélérer ses progrès.

Les caractères sont toujours les mêmes. Le principal d'entre eux est l'absence de limites précises. Ce caractère est moins évident peut-être chez notre malade que chez ceux des auteurs déjà cités, parce que l'affection n'est pas encore très-avancée.

Je ne reviens pas sur l'état des téguments, les adhérences à la face profonde du derme, l'absence de toute réaction sur les organes voisins.

Vous ne serez point tentés, Messieurs, de prendre cette maladie pour un kyste du sourcil et de la paupière supérieure, fût-il séreux, gélatineux ou sébacé ; les kystes ont des limites bien nettes, leur développement et leur forme sont tellement différents de ce qu'on trouve dans l'éléphantiasis que la confusion n'est presque jamais possible.

Le lipome, dans cette région, est sous-musculaire ; la peau est mobile à la surface et ne contracte point d'adhérences avec lui. En outre, il est cloisonné et en quelque sorte lobulé.

Le diagnostic le plus important est celui de l'éléphantiasis et de certaines formes de sarcome, car, comme je vous le disais, au toucher et à la coupe, le tissu de l'éléphantiasis se présente de telle façon qu'il serait difficile de dire si c'est un tissu fibreux ou fibro-plastique. Les sarcomes sont pourtant limités par un rebord très-saillant ; libres d'abord sous les téguments, ils contractent à une période plus avancée des adhérences nombreuses avec la peau ; puis on voit survenir sur certains lobes de petites

ulcérations qui tendent à se réunir, et les ganglions se prennent.

Je crois vous en avoir dit assez, Messieurs, pour que vous puissiez toujours reconnaître l'éléphantiasis.

Son traitement ne comporte qu'une méthode, l'ablation, encore faut-il qu'elle soit complète, autrement la tumeur récidiverait.

Nous ne parlerons point de la ligature des deux carotides, que Carnochan a pratiquée dans un éléphantiasis de toute la face (1). L'opération justifiable peut-être dans ce cas n'aurait ici absolument aucune raison d'être.

(1) In *American Journal of med. science*, p. 109-165, July 1867.

SIXIÈME LEÇON

DE L'HÉMÉRALOPIE

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de l'héméralopie. Nous avons dans une de nos salles un homme atteint de cette singulière anomalie de la vision. Je vous rappellerai briève ment son histoire et je tâcherai de remonter à la cause du mal.

OBSERVATION VII.

X... est un ouvrier ébéniste âgé de soixante-cinq ans, de bonne constitution. Un examen minutieux de toutes les parties externes de l'œil n'y fait rien découvrir. La cornée est parfaitement transparente ; l'iris présente sa coloration normale et réagit bien sous l'action de la lumière. La pupille n'est ni déformée, ni rétrécie, ni dilatée. Il y a quinze jours environ, cet homme s'aperçut pour la première fois que sa vue faiblissait vers le soir d'une manière inquiétante. Au bout de deux ou trois jours, il lui fut impossible de regagner seul son domicile, c'est à ce moment qu'il se fit admettre à l'hôpital.—Dès son entrée, nous recherchâmes soigneusement s'il s'agissait bien d'un cas isolé, ou si, au contraire, nous nous trouvions en présence d'une de ces variétés d'héméralopie épidémique qui ont été observées à différentes reprises dans les casernes et dans les camps. Le résultat de nos investigations fut négatif. Le malade n'a point connaissance qu'aucun de ses compagnons d'atelier se soit plaint de cécité nocturne. Il attribue son affection à la fatigue causée par une lumière artificielle extrêmement

vive : « *L'atelier dans lequel il travaillait, était éclairé par* 500 *becs de gaz au moins.* » Avant de passer à la recherche méthodique des symptômes fonctionnels, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler un phénomène qui aura peut-être échappé à votre attention. — Vous avez dû remarquer, que lorsque le malade lit son journal, bien qu'il fasse usage de verres biconvexes assez puissants, il le tient à une distance de 36 à 38 centimètres de ses yeux. Ce simple fait suffit pour vous indiquer qu'il est atteint d'un vice de réfraction imparfaitement corrigé.

Sans rien préjuger sur la nature et l'origine de son héméralopie, nous devons retenir ce fait. Il nous aidera peut-être à nous expliquer le symptôme.

L'examen de la réfraction montre chez lui une hypermétropie très-forte ($\frac{1}{12}$) et une presbytie en rapport avec son âge et son hypermétropie (P. = $\frac{1}{6}$).

L'acuité visuelle est assez bonne. A longue distance, mesurée à l'échelle de Giraud-Teulon, elle représente les 2/3 de l'acuité visuelle normale. A courte distance au contraire, elle est légèrement altérée, même en corrigeant complétement la presbytie, le malade ne lit que le n° 4 de l'échelle de Jaeger. — Le champ visuel est entièrement libre (1). Cet examen ne permet guère de supposer une affection profonde de l'œil ; la diminution de l'acuité visuelle même peut parfaitement être mise sur le compte de l'abus du tabac et des boissons alcooliques. Le malade avoue qu'il fumait de 30 à 35 grammes de tabac, buvait en moyenne 2 litres de vin chaque jour et souvent une forte quantité d'eau-de-vie le lundi. — La recherche de ses antécédents ne nous fournit que des données insignifiantes.

Le malade a eu la syphilis, mais jamais jusqu'à présent il n'a souffert d'aucune manifestation oculaire spécifique. Il se rappelle vaguement avoir eu quelque chose du côté de la vue il y a une quarantaine d'années en Afrique : quelle était la nature de ces troubles ? il ne peut absolument rien en dire.

Il nous faut donc recourir à l'ophthalmoscope et voir si nous avons affaire à une héméralopie symptomatique d'une rétinite pigmentaire ou à une de ces variétés que l'on a désignées sous le nom d'héméralopie simple ou essentielle.

A l'aide de cet instrument, on remarque que le fond de l'œil est fortement pigmenté sur sa périphérie ; cette couche de pigment est uniforme. Au bord et du côté interne de la papille, petit dépôt de pigment, qui, à un examen superficiel, pourrait sembler récent. La papille est abso-

(1) D.D.C Hm = $\frac{1}{12}$S = $\frac{2}{3}$ Pr $\frac{1}{6}$ (+ 6), n° 4, à 9′ ch. v. l.



lument normale dans sa coloration, les veines sont volumineuses, mais régulières.

Vous le voyez, Messieurs, au premier abord l'examen ophthalmoscopique permettrait de croire à une rétinite pigmentaire. Cependant, si nous réfléchissons que la pigmentation du fond de l'œil est variable selon les individus et selon les époques de la vie, qu'elle est en rapport avec celle de la peau et la couleur des cheveux, nous aurons à examiner plus minutieusement les caractères que nous vous avons décrits afin de savoir si c'est bien la couche pigmentaire normale de la choroïde ou un dépôt récemment formé dans la rétine que nous venons de voir tout à l'heure.

Eh bien, Messieurs, vous n'avez qu'à suivre l'artère centrale de la rétine à partir de son point d'émergence dans la papille, vous verrez que toutes ses branches sont parfaitement nettes et qu'au-dessus du petit dépôt de pigment voisin de la papille les vaisseaux sont aussi bien tranchés que partout ailleurs.

Dans la rétinite pigmentaire, les dépôts se font sur le trajet des vaisseaux. A ce niveau, ceux-ci perdent leur netteté, et même, si les dépôts sont un peu abondants, ils disparaissent entièrement. Nous pouvons donc conclure que les petits exsudats péri-papillaires sont sous-jacents aux vaisseaux rétiniens, qu'ils siégent dans la choroïde et se rattachent à la pigmentation physiologique de cette membrane. Un autre caractère va nous permettre d'éliminer la rétinite pigmentaire. Il est fourni par l'examen de la papille. Ici encore, tout est dans l'état normal, les artères et les veines ont leurs contours d'une netteté absolue. Or toute rétinite s'accompagne rapidement de troubles circulatoires, appréciables surtout au niveau de la papille. Les vaisseaux deviennent irréguliers et leurs contours se voilent. Nous ne croyons point à une rétinite pigmentaire pour deux sortes de raisons :

1° Les unes tirées de l'examen fonctionnel de l'œil.

Le champ visuel est libre. — L'acuité visuelle est à peu près normale.

2° Les autres tirées de l'examen ophthalmoscopique : *Il n'existe aucun phénomène morbide dans le fond de l'œil.*

Nous devons donc formuler ainsi notre diagnostic : *Héméralopie simple ou essentielle.*

[Pour le traitement, nous nous sommes attaqué aux deux causes principales du mal, l'abus et le vice de réfraction. Le régime de l'hôpital a répondu à la première indication. Pour la seconde, nous avons prescrit au malade de verres biconvexes du numéro 12. Après six semaines de séjour, il est parti pour Vincennes à peu près guéri.]

C'est ici le lieu de jeter un coup d'œil sur l'histoire de cette cécité nocturne. Comme l'indique son étymologie, le mot *hémé-*

ralope signifie vue de jour. Il est opposé à un autre que l'on n'emploie plus que rarement aujourd'hui : *nyctalopie*, vue de nuit. Les deux symptômes sont, comme les deux expressions, parfaitement distincts, et pourtant il faut arriver presque jusqu'au commencement de ce siècle, pour voir les auteurs donner à chacun d'eux sa véritable signification. Hippocrate avait vu des épidémies d'héméralopie, il les décrit, il remarque même que ce trouble singulier de la vue atteint de préférence les enfants, qu'il s'accompagne parfois de taches noirâtres à la surface de l'iris; mais il réunit sous le nom de nyctalopie la vue de jour et la vue de nuit (1). — Galien caractérise un peu mieux l'héméralope: « *qui voit peu, dit-il, pendant le jour,* » *mais qui le soir ou la nuit ne voit absolument rien* (2) ». Chez les autres écrivains de l'antiquité, la confusion est complète. Au XVII[e] siècle, Nicolas Cyrillus, dans l'œuvre d'Ethmüller, assigne à la vue de nuit ses véritables caractères, mais il ne s'occupe pas de la vue de jour (3). Enfin, en 1781, Gaubius emploie le mot héméralopie, sans être bien fixé sur sa valeur. « Il y » en a, dit-il, *qui appellent héméralopes ceux qui voient mieux* » *pendant la nuit que pendant le jour; d'autres, au contraire,* » *les appellent nyctalopes* (4). »

A partir de cette époque, l'héméralopie et la nyctalopie ont été nettement séparées. Jusqu'à la découverte de l'ophthalmoscope les choses n'avaient pas été plus loin. La discussion s'était bornée à savoir, s'il fallait accorder dans l'étiologie de la maladie, la plus grande part à l'état général ou à la cause déterminante locale. — En 1852, Van Truigt et de Graefe décrivent en partie, sous le nom de *morbus Uriani*, la maladie que Donders exposait complétement en 1857 sous le nom de *rétinite pigmentaire* ou *tigrée*.

La discussion prit dès lors un autre tour. Pour les uns l'héméralopie cessa d'être une affection essentielle, elle devint l'un

(1) Hipp., lib. IV. *De morb. populi.*
(2) Gal., *Introd. seu med.* (XV).
(3) *Prax med. Lib.* 2 *Ethm.*
(4) Gaub , *Inst.. path. med.*, p. 453.

des symptômes de la rétinite pigmentaire; cette manière de voir était d'autant plus commode qu'elle permettait de faire avec sûreté la part de la simulation dans les héméralopies épidémiques des casernes et des prisons

Malheureusement de nouveaux faits sont venus compliquer la question, et des ophthalmologistes de la plus grande valeur comme MM. Perrin et Giraud-Teulon n'accordent qu'une place relativement restreinte aux signes fournis par l'ophthalmoscope dans le diagnostic de l'héméralopie épidémique. Nous sommes donc forcés par l'examen critique des faits d'admettre deux sortes d'héméralopie.

1° L'héméralopie symptomatique de la rétinite pigmentaire.

2° L'héméralopie essentielle, le plus souvent épidémique.

C'est à cette dernière que nous avons affaire, puisque l'examen ophthalmoscopique n'a pu nous montrer aucun désordre appréciable du fond de l'œil. Il n'y a point lieu de supposer cependant que nous nous trouvions en présence d'une épidémie d'héméralopie. Cette affection ne passe point inaperçue; elle attire vivement l'attention des malades, et il est permis de croire que si aucun des compagnons de travail de cet homme ne s'est plaint, c'est que l'affection n'avait atteint que lui.

Elle se présente à peu près toujours avec les mêmes caractères. Pendant le jour la vision est normale, du moins il n'existe pas de troubles suffisants pour inquiéter le malade, mais quand arrive le soir, les objets perdent leur netteté, puis la cécité est absolue. Au bout d'un certain temps, ces symptômes disparaissent, le malade recouvre la vision normale, et le plus souvent cette attaque d'héméralopie ne se reproduit pas.

On rencontre l'héméralopie surtout dans le jeune âge. Dans une épidémie observée en 1871, au dépôt de mendicité de Carpi, le docteur Grosoli a vu la maladie atteindre de préfé-

rence des enfants et des jeunes gens de sept à dix-huit ans (1). Les vieillards cependant ne furent point complétement épargnés. On l'observa même chez des personnes de soixante-trois et de soixante-dix ans.

La cécité nocturne paraît plus commune dans les pays chauds que partout ailleurs. Rare en France, elle est tout à fait exceptionnelle en Angleterre. Quand on l'observe, c'est au moment de la saison la plus chaude de l'année, encore a-t-on fait la remarque que le plus souvent les individus qui en sont atteints avaient été héméralopes sous d'autres latitudes (Samuel Cooper). Dans tous les cas, l'action de la lumière vive paraît jouer le rôle de cause déterminante. A Ehrenbrechten et Pfaffendorf, 138 soldats de l'armée prussienne sont tout à coup atteints d'héméralopie, et Hubner remarque que chaque jour ces soldats faisant l'exercice sur les bords du Rhin étaient soumis à l'action de la lumière solaire réfléchie à la surface du fleuve (2).

De même le marin observé en Irlande par Robinson avait été atteint pour la première fois en mer, sous l'influence d'un soleil très-vif (3).

La lumière solaire n'a point d'ailleurs le privilége de produire l'héméralopie. Il paraît que l'affection existe à l'état endémique dans certaines parties de la Hongrie et on l'attribue à l'habitude qu'ont les habitants de dormir la tête découverte, *à la lumière de la lune.*

Chez notre malade, c'est à la lumière artificielle que revient la plus grande part. Cependant, Messieurs, il ne faut pas oublier que nous sommes en présence d'un cas complexe. Le malade est presbyte et fortement hypermétrope, par conséquent, l'asthénopie doit compter pour beaucoup dans ses troubles visuels.

De plus, il est atteint d'un commencement d'*amblyopie par abus.* Vous savez que chez les alcooliques et chez les fumeurs,

(1) *Una epidemia di Emeralopia* (*Storia e studii*). *Annali universali di Medicina*, settembre 1872.
(2) *Medizinische Zeitung* et *Dublin Journal of medical science*, vol. VII.
(3) *Remarks of night blindness with notes of a case. Lancet*, May 30, 1868.

on observe une sorte de cécité partielle des couleurs. Lorsque arrive le soir, ils ne peuvent distinguer sur les limites du champ visuel une pièce d'or d'une pièce d'argent. L'asthénopie et l'amblyopie par abus nous paraissent avoir joué le rôle de cause prédisposante. La lumière extrêmement vive de l'atelier a été la cause déterminante.

Le traitement se trouvait naturellement indiqué : il résidait tout entier dans la suppression de l'abus et la correction du vice de réfraction. Nous avons obtenu d'excellents résultats du séjour prolongé du malade dans le service et de l'usage des verres biconvexes du n° 12. D'ailleurs les divers moyens préconisés contre l'héméralopie se ressentent tous de l'incertitude qui règne sur sa nature. Ceux qui croient à une affection purement locale (1), à une anesthésie rétinienne, lui opposent un traitement local les instillations de calabarine, le séjour dans les cabinets ténébreux. Ceux qui la considèrent comme liée à un état général se préoccupent surtout de cet état. Ils traitent le malade par les toniques, le changement de séjour (2), l'action de l'électricité (3). Dans un cas d'héméralopie qu'il supposait liée à la présence de vers dans le tube intestinal, Leedom prescrivit les vermifuges et vit l'héméralopie disparaître (4). Il est bien entendu qu'il ne s'agit dans tous ces cas que de l'héméralopie essentielle. Dans la rétinite pigmentaire, l'héméralopie est beaucoup plus grave et très-rarement suivie d'une amélioration notable de la vision.

(1) Netter, *Traitement de l'héméralopie par les cabinets ténébreux* (*Gaz. hôp.*, n° 41, 42, 1872).— Galezowski, *Héméralopie et son traitement par la calabarine* (*Gaz. hôp.*, n° 124, 1864).

(2) Poncet, *Épidémie d'héméralopie* (*Gaz. hebd.*, n° 29, 1869).

(3) Luigi Randaccio, *Sull' elettroterapia oculare*. Modena, 1874.

(4) Leedom, *A case of night blindness from worms in the intestinal canal successfully treated* (*Amer. Journal of med. science*. July, 1869).

SEPTIÈME LEÇON

DES GOMMES SYPHILITIQUES DES LÈVRES

(Diagnostic à leurs différentes périodes.)

Messieurs,

Le malade que je vous présente porte à la lèvre supérieure une *gomme syphilitique*. Aujourd'hui, elle est ulcérée et offre tous les caractères saillants des gommes, de sorte qu'il serait difficile de se méprendre sur sa nature.

Lors de l'entrée du malade dans notre service, il y a de cela quinze jours environ, l'ulcération n'existait pas encore, et un examen superficiel eût été absolument insuffisant pour permettre de faire le diagnostic. Je ne veux pas dire par là, Messieurs, que la tumeur n'avait aucun caractère particulier, et qu'il était impossible de la reconnaître pour une gomme. Vous vous rappelez, au contraire, que dès cette époque, nous avons attiré votre attention sur le mode de début des gommes et que depuis nous vous avons fait suivre, jour par jour, leur évolution. Voyons donc comment se sont passées les choses.

OBSERVATION VIII.

L..... est un homme de trente-neuf ans, paraissant au premier coup d'œil robuste et bien constitué. En examinant avec un peu de soin son état général, il est facile de découvrir des phénomènes non douteux d'anémie.

Les téguments sont pâles, les muqueuses complétement décolorées, et, à la base du cœur, on trouve un léger souffle systolique.

La tumeur de la lèvre a commencé un mois environ avant son entrée à l'hôpital. Au début, elle avait la forme d'une petite induration nettement circonscrite et située dans la profondeur de la lèvre supérieure. La première fois que le malade s'aperçut de son existence, elle atteignait à peu près le volume d'une noisette. Dans l'espace d'un mois, elle devint ovoïde et grosse comme une petite poire. Elle est toujours restée complétement indolente, même à la pression. Voici ce que nous constatâmes lorsque nous fîmes un premier examen.

Sur la lèvre supérieure et en dehors du sillon naso-labial gauche, siégeait la tumeur dont je viens de vous énumérer les caractères. Elle tendait à gagner en avant la ligne médiane, et en haut l'aile du nez. Les téguments voisins étaient parfaitement sains; elle n'avait amené aucune réaction inflammatoire, ni locale, ni générale. A part son état d'anémie, le malade ne présentait rien que la déformation de la lèvre. C'était même uniquement cette déformation qui l'amenait à l'hôpital, car il ne ressentait pas la moindre douleur dans la face, et si la tumeur n'eût pas déterminé un peu de gêne de la mastication, peut-être serait-elle restée inaperçue. Dès ce moment, Messieurs, nous pûmes faire le diagnostic. Il n'y avait point en effet à songer à un furoncle ou à un anthrax de la lèvre supérieure. Vous savez combien ces affections inflammatoires sont douloureuses, quel sentiment pénible de tension ils amènent dans toute une moitié de la face, quelle chaleur âcre et mordicante les accompagne. Mais à côté de ces caractères, nous en trouvâmes d'autres qui ne nous laissèrent plus de doute.

Au milieu de la joue gauche, on rencontrait une ulcération arrondie, à bords tranchants et limités avec la plus parfaite régularité, une sorte de *puits* caractéristique en un mot. Elle résultait évidemment de l'élimination d'une gomme ramollie. Sur la face interne de la jambe gauche, on trouvait différentes petites cicatrices lisses de couleur légèrement cuivrée. D'après ce qu'il dit, le malade aurait eu là, il y a deux ans, des tumeurs de même forme et de même consistance que celle de la lèvre. Elles auraient disparu sous l'influence de l'iodure de potassium.

Ces accidents tertiaires ne sont pas les seuls qui puissent faire croire à une syphilis antérieure; les manifestations primitives ne font pas défaut. Sur le frein de la verge on trouve également une cicatrice. Le malade nous dit qu'elle a été laissée là par un chancre unique contracté il y a dix ans. Il ne se rappelle pas avoir eu de roséole ni de bubon, mais il a souffert à plusieurs reprises de laryngites rebelles qui ont toujours été guéries par l'usage d'une médication spécifique.

Il n'était pas douteux que nous n'eussions bien affaire à un syphilitique. La présence d'une gomme de la joue et les caractères particuliers de la tu-



Fig. 14. — Gomme ulcérée de la lèvre supérieure et de la joue.
Le moule colorié fait par M. Baretta est conservé dans notre musée à Saint-Louis.

PARIS — IMP. F. MARTINET

meur nous permettaient d'affirmer à coup sûr que nous nous trouvions en présence d'*une gomme de la lèvre* (voy. fig. 14). La médication a confirmé notre diagnostic et, après quinze jours de traitement par l'iodure de potassium, l'état du malade s'est notablement amélioré.

Malgré tout, la tumeur a suivi la marche ordinaire des gommes. Au moment où le malade est entré, la période de ramollissement avait commencé, et, dès le lendemain, on vit apparaître l'ulcération.

[Ce malade sortit de l'hôpital six semaines plus tard complétement guéri.]

Dans les gommes de toutes les régions l'ulcération suit un processus identique. La perte de substance se fait du centre à la périphérie. En examinant leur surface, on voit çà et là des filaments blancs dus à l'élimination d'autant de bourbillons. Ces bourbillons se ramollissent isolément ; ils attaquent les téguments, les perforent et laissent à leur suite ces ulcérations dont la régularité et la profondeur forment le principal caractère. Au début, elles sont multiples et isolées, séparées par des ponts de tissu sain, mais à mesure que l'élimination marche, elles se réunissent et finissent par ne laisser qu'un de ces PONTS dont je viens de vous parler.

Aux lèvres, on trouve certaines particularités dues au voisinage de la bouche et des narines. Vous avez pu voir chez notre malade que la tumeur, au moment où elle s'ulcéra, se couvrit, du côté de la peau, de croûtes noirâtres, entre lesquelles sortaient les bourbillons. Cette coloration n'est point spéciale aux gommes, on la rencontre dans toutes les ulcérations des lèvres et des ailes du nez. Le passage du courant d'air de la respiration fait concréter le pus et donne aux ulcérations du voisinage leur caractère particulier.

Du côté de la bouche, la muqueuse est éraillée par places ; elle est parcourue par de rares vaisseaux dont les uns, ceux qui viennent de la tumeur, sont en voie de destruction. Toute la surface offre un aspect humide, d'un blanc grisâtre, qui ne ressemble en rien à celui de l'extérieur. C'est qu'ici la tumeur est toujours en contact avec les liquides buccaux qui l'imprègnent et lui font subir une sorte de macération.

Les gommes des lèvres, surtout celles de la lèvre supérieure, ne sont point sans gravité. Si l'on n'a pas soin d'intervenir

qu'on ne serait tenté de le croire. C'est de lui que dépend le traitement, et celui-ci sera d'autant plus salutaire qu'il sera commencé plus tôt. Rien ne serait moins à propos que d'ouvrir une gomme prise pour un furoncle ou un anthrax, l'incision ne remédierait à rien; et, en donnant une sécurité trompeuse, elle ferait perdre un temps précieux pendant lequel l'affection syphilitique marcherait et produirait des désordres irréparables.

II. *A la période d'ulcération*, on doit, comme dans les deux premières distinguer la gomme des *anthrax* et des *gros furoncles;* il faut de plus faire le diagnostic avec le *cancer des lèvres* et certaines affections d'une autre nature que nous passerons en revue.

Nous avons dit tout ce qui a trait aux affections inflammatoires, nous devons placer maintenant en première ligne le *cancer des lèvres* sous ses différentes formes. Il est en général facile de le distinguer de la gomme; généralement il est unique; rarement, lorsqu'il existe une tumeur cancéreuse aux lèvres, on en trouve une autre également suspecte dans le voisinage. Il est aussi plus superficiel que la gomme, il adhère à la peau, et lorsqu'il s'ulcère la perte de substance commence par la superficie. Le plus souvent le cancer offre une consistance dure, irrégulière; la tumeur est surmontée de bosselures plus ou moins grosses qui forment pour ainsi dire autant de lobules surajoutés au noyau principal. Un dernier signe physique, le plus important de tous peut-être, est fourni par l'examen des ganglions lymphatiques. *Dans la gomme, ils sont le plus souvent intacts; dans le cancer, au contraire, ils sont envahis.*

Telles sont à peu près les tumeurs des lèvres qu'il faut éliminer lorsque l'on veut faire le diagnostic d'une gomme avant et pendant sa période d'ulcération.

A ce moment, je vous l'ai déjà dit, Messieurs, elle offre des caractères spéciaux qui ne permettent guère la confusion. Pourtant les ulcérations labiales sont tellement fréquentes et tellement variées dans leur nature qu'il est quelquefois permis d'hésiter. L'année dernière, je vous ai montré, dans cette cli-



Fig. 15 — Ulcération non spécifique de la lèvre supérieure, prise au début pour une gomme superficielle. (*De notre collection.*)

PARIS. — IMP. L. MARTINET.

nique même, un malade atteint d'une ulcération labiale de forme singulière. Plusieurs dermatologistes le virent et émirent chacun une opinion différente. Pour les uns, c'était une ulcération scrofuleuse; pour les autres, elle était syphilitique. D'autres crurent à un herpès *printanier*, à une irritation produite par l'*usage immodéré de la cigarette*. Nous ne prîmes point à tâche de découvrir laquelle de ces opinions était conforme à la vérité. Toutefois la suite nous démontra que l'ulcération n'avait rien de spécifique, car un traitement local et des soins de propreté furent suffisants pour la guérir (voy. fig. 15).

Ce fait est d'ailleurs exceptionnel; les ulcérations qui résultent de l'élimination d'une gomme rappellent si peu celles que l'on rencontre dans la scrofule, ou au début de la syphilis (*chancre des lèvres*), qu'il faudrait examiner bien superficiellement un malade pour commettre une erreur en pareil cas.

Une autre manifestation, d'un pronostic moins grave que la gomme, et qui, comme elle, se rencontre parfois aux lèvres : c'est la *syphilide ulcéreuse* : certains auteurs veulent que ce soit une *gomme de la peau*. Ce n'est ni le lieu, ni le cas de discuter cette question doctrinale. Je me borne à vous dire que vous reconnaîtrez à peu près toujours la syphilide ulcéreuse à son siége superficiel, à l'absence de toute tuméfaction dans le voisinage, enfin à l'intégrité des parties sous-jacentes.

Il existe d'ailleurs un moyen de résoudre toutes les difficultés, c'est l'emploi de l'iodure de potassium. Lorsqu'il fait disparaître les accidents, le diagnostic se trouve limité à la gomme ou à la syphilide ulcéreuse, et, comme vous venez de le voir, il vous est facile d'éviter la confusion entre l'une et l'autre. Les antécédents sont parfois douteux; parfois aussi le malade les dissimule avec une persistance opiniâtre. Vous vous rappelez probablement ce jeune homme de vingt-quatre ans que je vous montrais au mois de septembre dernier; il avait sur la lèvre supérieure gauche une ulcération arrondie tout à fait semblable à celles que laisse la gomme; sur l'épaule droite, se trouvait une autre ulcération de même caractère, et pourtant il affirmait qu'il n'avait jamais eu ni chancre, ni bubon, ni

roséole. Il y avait à peine quelques jours qu'il prenait de l'iodure de potassium quand tout disparut.

III. *A la période de cicatrisation.* — Dans toutes les régions du corps, les cicatrices des gommes offrent un caractère semblable. Elles *sont lisses et d'un blanc cuivré.* Aux lèvres cet aspect se rencontre comme partout ailleurs, mais c'est à peu près le seul phénomène constant des diverses cicatrices des gommes. Leur surface, leur forme, les désordres concomitants varient suivant l'époque de la maladie où la cicatrisation s'est faite. S'il a été entrepris de bonne heure, les difformités sont très-légères; si au contraire on l'a commencé tardivement, la peau est largement détruite, la portion de la lèvre qui est épargnée s'est renversée en haut et touche la sous-cloison par son bord libre. Des prolongements cicatriciels inégaux de couleur blanchâtre s'irradient vers les narines, laissant par place des îlots à peu près sains recouverts de bulbes pileux. Il ne faudrait pas croire que ces accidents arrivent toujours à une période tardive de la syphilis. Nous les avons vus apparaître

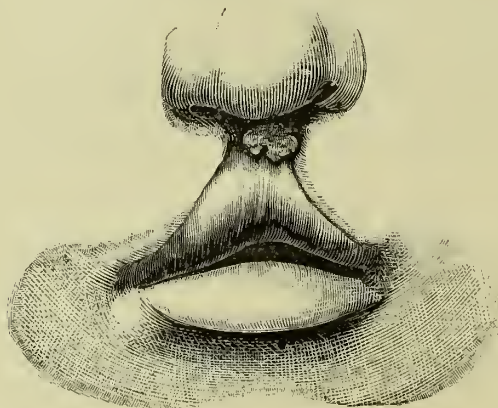


FIG. 17. — Cicatrice de syphilide ulcéreuse avec renversement de la lèvre supérieure en haut. — Le moule est conservé dans notre musée, à l'hôpital Saint-Louis.

lorsque des syphilides papuleuses existaient encore sur d'autres régions de la face (voy. fig. 16).

— Je crois, Messieurs, que ces données sont suffisantes pour

Fig. 16. — Cicatrice d'une gomme de la lèvre avec perte de substance
(De notre collection.)

vous permettre de reconnaître toujours les gommes cicatrisées.

Les traces que laissent à leur suite les diverses variétés de *lupus* pourraient peut-être vous arrêter dans certains cas, mais la *recherche soigneuse des antécédents* et l'*usage* de l'iodure de potassium pendant la période ulcéreuse lèveraient bien vite vos doutes.

Les *cicatrices de la syphilide ulcéreuse* sont un peu plus difficiles à reconnaître. Elles amènent souvent aussi cette espèce de renversement de la lèvre en haut que l'on pourrait appeler improprement *ectropion* labial (voy. fig. 17), mais ces désordres ne sont ni aussi étendus ni aussi profonds qu'à la suite des gommes suppurées.

J'en ai fini, Messieurs, avec le diagnostic des gommes de la lèvre ; je ne veux pourtant pas terminer cette leçon sans vous résumer en quelques mots les considérations cliniques que je viens de vous exposer.

Les gommes syphilitiques des lèvres se présentent sous forme de tumeurs indolentes et sans réaction inflammatoire ; elles sont souvent accompagnées de tumeurs gommeuses d'autres régions ; elles s'éliminent en produisant sur les téguments une ulcération d'aspect tout spécial, *cratériforme* ; elles n'envahissent pas les ganglions et donnent lieu à des cicatrices lisses d'un blanc cuivré. Enfin elles disparaissent très-vite sous l'influence de l'iodure de potassium.

HUITIÈME LEÇON

DES TUMEURS KYSTIQUES IDIOPATHIQUES DE L'AISSELLE

Messieurs,

Le 14 décembre dernier entra dans notre service un jeune homme de quatorze ans, portant sous l'aisselle gauche une tumeur singulière. Nous attirâmes à plusieurs reprises votre attention sur lui, et nous vous fîmes remarquer à chaque fois les phénomènes particuliers que présentait cette tumeur. C'est qu'en effet, Messieurs, l'ensemble des caractères et surtout la fluctuation ne laissaient point de doute sur la nature liquide de son contenu. Pourtant, la marche qu'elle avait suivie, l'examen minutieux du squelette ne permettaient pas d'admettre l'existence d'un de ces abcès ostéopathiques si fréquents dans la région.

Nous vous avions même fait observer qu'en présence d'une fluctuation moins nette, toutes les probabilités eussent été en faveur d'un lipome volumineux du creux axillaire. Nous ne pouvions que recourir au mode d'exploration décisif dans ces cas, à la ponction. Nous reconnûmes en la pratiquant que nos hésitations étaient fondées et que nous avions agi sagement en n'affirmant point l'existence d'un foyer purulent. Le liquide qui

sortit était séreux, d'un jaune citrin tirant sur le vert. Par le repos il produisit un coagulum assez épais de nature fibrineuse; l'examen microscopique pratiqué quelques jours plus tard démontra qu'il ne contenait point d'hydatides. Nous avions donc eu affaire à un simple kyste séreux développé primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'aisselle. Ce n'est point, Messieurs, une tumeur ordinaire de cette région, je pourrais même ajouter, sans être en contradiction avec les faits, qu'elle y est extrêmement rare; cette rareté constitue précisément la principale difficulté du diagnostic. Lorsque des collections purulentes se rencontrent si fréquemment dans le creux axillaire, on n'est guère tenté, quand on se trouve en présence d'une tumeur liquide, de songer à un kyste séreux. Nous essayerons donc, Messieurs, de vous tracer l'histoire de cette curieuse affection. En la comparant avec celles qui siégent ordinairement dans l'aisselle, nous arriverons certainement à vous donner le moyen, sinon de la reconnaître avec certitude, tout au moins de la soupçonner avant la ponction exploratrice.

OBSERVATION IX.

X... est un jeune homme de quatorze ans, d'apparence débile. Il porte au cou une cicatrice laissée là par une adénite suppurée, il y a cinq ans; cette adénopathie fut unique. C'est la seule affection dont le malade ait souffert jusqu'alors. Avant l'apparition de la tumeur axillaire actuelle, il n'aurait jamais rien eu, ni sous l'un ni sous l'autre bras. Jamais il n'aurait rien senti en plaçant la main dans l'aisselle. Jamais il n'aurait eu de douleurs ni de fourmillements dans les membres supérieurs. Il y a deux ans environ que la tumeur aurait débuté. Si nous nous en rapportions à ce qu'il raconte, nous pourrions lui assigner une origine traumatique. Immédiatement avant son apparition, l'enfant aurait été frappé sur le moignon de l'épaule, par une planche tombée d'assez haut et qui le renversa. Je n'ai pas besoin de vous dire, Messieurs, que je suis loin de rattacher les deux circonstances par des rapports de cause à effet.

D'après son récit, notre malade aurait été obligé de garder le lit pendant deux jours à la suite de sa contusion, et aussitôt qu'il se releva il découvrit dans l'aisselle droite une petite tumeur du volume d'une noix,

assez molle et parfaitement indolente. Elle se développa peu à peu et toujours d'une manière régulière n'apporta que peu de gêne dans les mouvements du bras. Quelquefois pourtant, à la suite d'un travail manuel prolongé, le malade aurait ressenti d'abord un peu d'engourdissement, puis quelques élancements douloureux très-passagers dans le bras, l'avant-bras et la main du côté affecté. Sous la seule influence du repos, tous les phénomènes nerveux se calmaient. Ils ne duraient jamais plus d'une demi-heure.

Le volume étant devenu inquiétant, les troubles sensitifs se produisant de plus en plus fréquemment, le jeune homme s'est décidé à venir à l'hôpital.

Au moment de son entrée dans nos salles, nous constatâmes l'état suivant :

Sur la paroi interne du creux axillaire du côté gauche, siégeait une grosse tumeur ovoïde à grand arc antéro-postérieur. Répondant en arrière, au bord inférieur du grand rond, elle paraissait bien localisée et

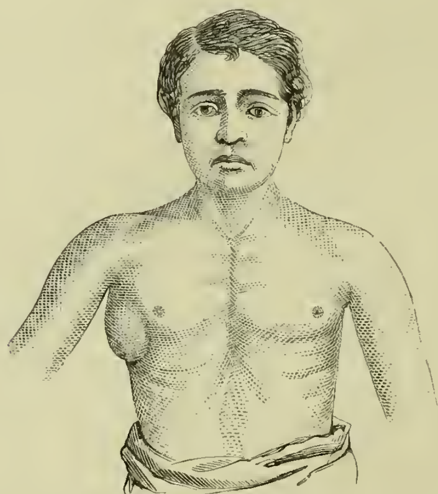


Fig. 18. — Kyste séreux primitif de l'aisselle. (*De notre collection.*)

ne s'enfonçait point au-dessous de l'omoplate (voy. fig. 18). A la palpation, on constatait une fluctuation assez nette, la surface avait çà et là des inégalités de même consistance que le corps de la tumeur. La peau qui lui servait d'enveloppe était saine. Les vaisseaux du voisinage n'étaient ni variqueux ni dilatés. En palpant avec soin la base de la tumeur, il était impossible de découvrir des ganglions lymphatiques hypertrophiés. Au

cou, dans l'aisselle opposée, on ne trouvait absolument rien d'anormal. La tumeur n'avait apporté aucun trouble dans la circulation du bras. La température et la coloration étaient les mêmes des deux côtés ; les radiales battaient avec une égale force. [Le kyste fut traité par la ponction et le drainage au moyen d'un tube de caoutchouc et guéri au bout de huit jours].

Vous connaissez, Messieurs, la suite de l'observation ; j'ai ponctionné la tumeur devant vous, et vous avez constaté vous-même les faits que je vous ai brièvement rappelés au début de cette leçon.

Comme je vous le disais, les cas de cette nature sont très-rares. Les travaux les plus récents et les plus complets sur la pathologie de l'aisselle en parlent à peine (1). Un cas a été observé en 1847 par M. Cruveilhier, encore est-ce une simple présentation et non point une observation véritable. Il s'agissait d'un kyste acéphalocyste, trouvé sur un cadavre dans un des pavillons de l'École pratique. Le grand anatomiste fut lui-même frappé de la rareté de ces tumeurs dans l'aisselle. Dans la même séance de la Société anatomique et précisément à propos de la présentation de M. Cruveilhier, M. Maguet fit mention d'un kyste séreux, siégeant au-dessous du tendon du muscle grand rond et ponctionné peu de temps auparavant par Blandin (2). Il est bien fâcheux que ces deux cas n'aient été l'objet que d'une mention tout à fait incomplète. Le médecin qui a vu notre jeune homme avant son entrée dans le service, avait diagnostiqué un lipome de l'aisselle. Chez un malade observé par Birkett (3), la même erreur avait été commise. Ces deux faits sont suffisants pour prouver, comme nous le disions plus haut, qu'il existe entre ces kystes et les lipomes de la région, une ressemblance telle que la ponction seule permet de décider.

Malgré ces difficultés, je crois qu'il est bon, Messieurs, de

(1) V. Dolbeau, art. AISSELLE, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*
(2) *Bulletins de la Société anatomique.*
(3) *A Contribution to the surgical Pathology of sero-sanguineous Cysts in the neck and axilla Medico-chirurgical Transactions*, t. I, 1868.

rechercher tous les signes de probabilité, en d'autres termes de tâcher d'établir sur des bases solides le diagnostic différentiel des kystes séreux ou séro-sanguins développés primitivement dans l'aisselle. Nous aurons pour cela à passer successivement en revue :

1° Les lipomes; 2° les tumeurs des ganglions axillaires devenues kystiques à une époque un peu avancée de leur développement; 3° les abcès symptomatiques d'une affection osseuse; 4° les abcès froids idiopathiques; 5° les *kystes d'une région voisine* qui sont venus plus tard faire saillie dans l'aisselle.

1° Les *lipomes* sont presque toujours sous-cutanés; ils sont reliés à la peau par de petits tractus fibreux qui leur donnent une sorte de fixité à la surface. Les vaisseaux cutanés qui les recouvrent sont abondants, dilatés et présentent même de petites varicosités. Dans la plupart des lipomes que nous avons vus dans cette région, il y avait des douleurs assez vives, irradiées vers le bras et le tronc. On serait tenté, à vrai dire, en s'appuyant sur notre observation, de n'attacher que peu d'importance à ce caractère, puisqu'il y a eu de l'engourdissement d'abord, et plus tard de la douleur. Eh bien, Messieurs, dans les deux cas, le symptôme ne suit point la même marche. Chez ce jeune homme il est arrivé tardivement lorsque le kyste avait déjà un certain volume. Son poids, les tiraillements qu'il exerçait sur les parties voisines, entraient bien certainement pour une forte part dans la production du phénomène.

Dans les lipomes, rien de semblable. La douleur n'est nullement en rapport avec le volume de la tumeur. Les petits lipomes *sont eux-mêmes quelquefois douloureux*. L'analyse raisonnée de ce seul symptôme peut donc rendre de véritables services.

La fluctuation n'appartient pas aux lipomes; cependant, pour une main peu exercée, elle n'est pas toujours facile à percevoir. On trouve des lipomes mous, largement étalés sous les tégu-

ments, s'étendant assez loin vers les parties profondes. Ceux-là sont d'un diagnostic beaucoup plus difficile; c'est à cause de cela que l'on a pu commettre des erreurs et donner comme li pomes des collections liquides enkystées.

Ce n'est point seulement pour les tumeurs kystiques de l'aisselle que le diagnostic est difficile. Au bras, à l'avant-bras et même à la main, on est parfois embarrassé. M. Trélat a vu un lipome de la main, simulant à s'y méprendre, un kyste synovial (1).

Un dernier caractère qui nous permettra, s'il existe, de reconnaître presque sûrement un lipome, c'est le *cloisonnement*. La consistance de la tumeur de notre jeune homme était partout la même; elle n'avait ni divisions ni lobules, et présentait par conséquent avec les lipomes des différences assez nettes pour permettre de l'en distinguer.

Mais lorsque nous avons déterminé la nature liquide de la tumeur, nous n'avons rempli qu'une partie de notre tâche.

2° Les *kystes développés aux dépens d'une tumeur ganglionnaire* ressemblent suffisamment à ceux que nous étudions, pour qu'il soit facile de les confondre avec eux. Dans les ganglions cancéreux, tuberculeux, ou même simplement hypertrophiés, on voit fréquemment se former des cavités kystiques remplies de sérosité simple ou sanguinolente, parfois même de véritable pus. S'il s'agit d'une adénopathie cancéreuse, l'ensemble des phénomènes présentés par le malade est caractéristique et l'erreur est facile à éviter. Elle l'est moins dans la simple hypertrophie, ayant envahi seulement un ou deux ganglions et amené soit l'état caséeux, soit la suppuration. Avant la ponction on ne pourrait faire que des présomptions si une portion de la tumeur, ou quelques ganglions voisins offrant les mêmes caractères, ne demeuraient pas solides. Après elle, au contraire, l'examen histologique, la présence facilement reconnaissable d'une poche adhérente, à la portion restée solide du ganglion, lèvent tous les doutes.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868, n° 56.

3° Les *abcès ossifluants* sont ordinairement faciles à reconnaître ; il suffit de savoir qu'une collection purulente, ayant pour point de départ la colonne cervicale, les côtes, la clavicule, peut gagner l'aisselle pour qu'en explorant attentivement toutes ces régions on se rende compte de l'état des os et l'on évite l'erreur que pourrait entraîner un examen superficiel ;

4° Les *abcès froids idiopathiques* sont beaucoup plus difficiles à distinguer des kystes. On peut cependant dire qu'ils ont une marche plus rapide et qu'ils amènent à certains moments une véritable réaction inflammatoire. Mais comme ils sont également rares, c'est là une difficulté de plus, et sans la ponction il serait toujours impossible de rien dire de précis.

5° Quant aux *kystes* développés dans la *bourse séreuse sous-scapulaire*, ils sont eux-mêmes très-rares. Ils ne siégent point

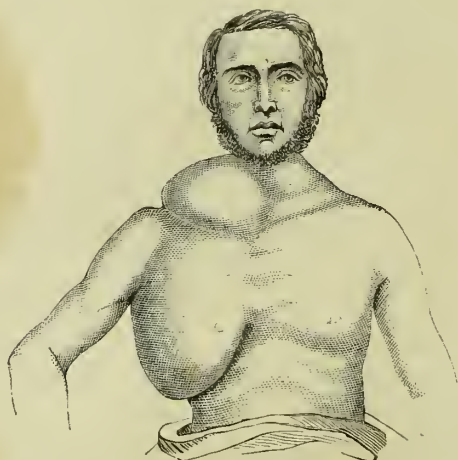


Fig. 19. — Kyste séreux développé primitivement dans le creux sus-claviculaire et ayant gagné l'aisselle. (D'après Birkett.)

comme ceux qui nous occupent, dans le tissu cellulaire du creux axillaire. Dans les mouvements communiqués à l'omoplate, ils produisent des craquements particuliers perceptibles pour l'oreille et pour la main. Ceux qui se développent aux dépens

de la séreuse articulaire en diffèrent trop pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

Je viens de vous signaler, Messieurs, les difficultés véritables, les seules avec lesquelles on doive compter en réalité. Je n'ai pas cru nécessaire de vous énumérer toutes les tumeurs de l'aisselle. Les abcès chauds, les anévrysmes, les collections purulentes venant de la plèvre ont toutes des caractères spéciaux. On ne commettra jamais d'erreur en pareil cas.

Je m'en suis tenu à l'étude du kyste séreux primitif de l'aisselle. La question deviendrait tout autre si j'avais voulu embrasser du même coup d'œil tous les kystes qui peuvent gagner cette région, toutes ces variétés de tumeurs étudiées par Maunoir de Genève (1), Joseph Gilles (2), Paul Bouché (3), désignées sous les noms d'hydrocèle hygroma du cou, celles qui se développent dans le creux sus-claviculaire, comme Tillaux et Birkett (voyez fig. 19) (4) en ont rapporté des exemples. Peut-être reviendrons-nous un jour sur cette question, aujourd'hui je ne vous la signale que pour l'éliminer.

Le siége de ces kystes peut varier suivant la longueur des axes du creux de l'aisselle. Les muscles qui forment les parois antérieure et postérieure sont assez volumineux, assez accessibles à la main, pour permettre de fixer toujours avec précision les rapports de la tumeur avec eux.

Je n'ai plus qu'un mot à vous dire sur le traitement. Il est absolument identique avec celui des tumeurs de même nature développées dans d'autres régions, des grenouillettes, par exemple. A la suite de la ponction vous m'avez vu passer un tube à drainage. En le laissant assez longtemps à demeure, nous finîmes par amener l'oblitération du kyste.

(1) *Mémoire sur l'hydrocèle du cou*, 1825.

(2) *De hygromatis cysticis congenitis deque novis quibusdam eorumdem exemplis quæ in collo et in regione sacri observata sunt.* Roma, 1852 (*Arch. gén. de méd.*, 1853).

(3) *Étude sur les kystes congénitaux du cou* (*Thèses de Paris*, 1868, 211).

(4) *Kyste séreux du creux sus-claviculaire droit présentant des signes insolites* (*Bulletin de thérapeutique*, 1868).

Ce mode de traitement dont vous connaissez toute la valeur, est incomparablement meilleur qu'une large incision, car il n'expose pas à l'érysipèle qui survient si facilement et si vite dans le milieu hospitalier, il permet de faire aisément le traitement consécutif par les injections iodées; et d'arriver ainsi rapidement et sans difficulté à la guérison.

NEUVIÈME LEÇON

DES EXOSTOSES OSTÉO-CARTILAGINEUSES DES OS LONGS DES MEMBRES

Messieurs,

Les exostoses des os longs des membres sont assez fréquentes. Envisagées au point de vue de leur constitution anatomique, ces tumeurs peuvent être divisées en deux classes :

1° Les unes purement osseuses ;

2° Les autres formées en partie de tissu osseux et en partie de tissu cartilagineux.

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre aujourd'hui l'étude des exostoses osseuses. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer ceux d'entre vous auxquels ce sujet serait peu familier à la seconde édition de l'ouvrage de Nélaton, dans lequel nous avons exposé nos idées particulières sur ce point de la science. Nous vous parlerons seulement de cette variété que les auteurs ont appelée tour à tour *exostoses de développement*, *des adolescents*, *de croissance*, etc., mais nous n'adopterons exclusivement aucune de ces dénominations, parce que toutes sont insuffisantes pour bien les caractériser. Nous préférons leur donner un nom qui ne préjuge rien sur leur origine, et les appeler exostoses *ostéo-cartilagineuses*, conformément à leur

structure. La malade qui fait le sujet de notre clinique porte une tumeur de cette sorte au niveau du col chirurgical de l'humérus. Vous avez tous pu en constater les caractères pendant le temps qu'elle a déjà passé dans notre service. Cette circonstance vous fera beaucoup mieux comprendre la description que je me propose de vous donner. Est-ce à dire que toutes les exostoses ostéo-cartilagineuses lui ressemblent? Certainement non. C'est pour cela qu'il me paraît indispensable de bien vous faire connaître les différents aspects que peut offrir la maladie. Mais je ne me bornerai point à la simple description symptomatique. L'étude des exostoses ostéo-cartilagineuses des os longs comprend, outre cela, deux questions remplies d'intérêt : 1° Une *question doctrinale*, c'est celle qui touche à leur pathogénie; 2° Une *question pratique*, celle du traitement. Nous diviserons donc notre sujet de manière à pouvoir aborder chacune d'elles à son heure et sans confusion. Pour cela, nous passerons successivement en revue, après vous avoir rappelé l'observation de la malade actuelle :

1° Les caractères anatomiques des exostoses ostéo-cartilagineuses;

2° Leur symptomatologie, leur marche et leur diagnostic;

3° Leur pathogénie;

4° Nous terminerons par le traitement des exostoses ostéo-cartilagineuses des membres et en particulier de celles de l'extrémité supérieure de l'humérus.

OBSERVATION X.

Le 15 février 1875, entra dans mon service la nommée C***, âgée de vingt et un ans. Elle portait au niveau du col chirurgical de l'humérus, une tumeur d'un volume peu considérable, mais produisant des troubles assez sérieux dans le bras et l'avant-bras correspondants. Cette jeune personne présente un embonpoint notable. La recherche de ses antécédents et l'examen attentif des différents organes, nous font craindre pourtant qu'elle ne soit sous le coup d'une tuberculose plus ou moins prochaine. Sa mère est morte phthisique. D'après ce qu'elle nous dit, elle aurait toujours été assez délicate elle-même. Les téguments sont pâles, les muqueuses décolorées. La menstruation est régulière et l'a toujours été, mais

le sang est peu abondant et très-pâle. Elle a continuellement de la leucorrhée. Sous l'influence des plus légères variations de température, elle s'enrhume et tousse longtemps. Ses digestions se feraient mal, elle aurait de temps en temps de la diarrhée, et à peu près toutes les nuits des sueurs abondantes. Jamais elle n'aurait eu d'hémoptysies. L'examen local du poumon n'ajoute que peu de choses à ces renseignements. Au niveau des deux sommets, l'expiration a sa durée normale, mais la respiration est légèrement soufflante, et le son semble à peine obscur.

La malade ne paraît pas syphilitique ; il n'y a jamais eu chez elle aucune manifestation suspecte, ni du côté des organes génitaux et des ganglions de l'aine, ni du côté de la peau, du larynx et du cuir chevelu.

Il y a sept ans environ, à la suite d'un accident, l'épaule droite fut luxée. L'humérus aurait été fracturé tout près de l'articulation. Ce serait là, d'après elle, l'origine de la maladie dont elle se plaint aujourd'hui. Depuis plusieurs mois, la luxation était réduite, et les mouvements du bras possibles, lorsqu'elle ressentit dans l'épaule des douleurs vagues d'abord, ayant leur maximum un peu au-dessous de la tête humérale.

En exerçant une légère pression à ce niveau, elle y découvrit une petite tumeur dont elle évalue approximativement le volume à celui d'une amande. Peu à peu les douleurs augmentèrent, devinrent lancinantes, et la privèrent de repos pendant la nuit. Au bout de quatre mois, elles disparurent sans que la malade eût suivi aucun traitement. Mais la tumeur augmenta de volume pendant ce temps, et peu après elle redevint douloureuse.

Les choses se passèrent ainsi, avec des alternatives d'indolence absolue et de douleurs à peine supportables jusqu'au mois d'août dernier. A cette époque une nouvelle poussée douloureuse vint troubler la malade. Cette fois, la crise commença par de simples picotements, puis ce fut une douleur extrêmement vive, exagérée par le moindre mouvement du bras. A tel point que pour ne pas réveiller ces sortes de paroxysmes, elle condamna à une immobilité à peu près complète tout le membre supérieur droit. Pendant six mois il n'y eut aucune rémittence appréciable, et c'est à cause de cela qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son admission dans nos salles, nous constatâmes l'état suivant :

Le moignon de l'épaule droite est déformé. Il suffit pour le reconnaître d'un examen même superficiel.

L'articulation scapulo-humérale est en bon état, la tête et la cavité glénoïde ont conservé leurs rapports normaux.

A la palpation on trouve, vers l'extrémité inférieure du col chirurgical et tout près de la lèvre interne de la coulisse bicipitale de l'humérus, une tumeur dure, immobile, implantée sur l'os. Elle est profonde, recouverte

par les muscles de la région. Sa surface autant qu'on peut la sentir paraît lisse et mamelonnée. Le volume est à peu près celui d'un œuf de poule. Un peu au-dessous on trouve une seconde saillie, trop petite et trop profonde pour que l'on puisse acquérir sur elle des notions un peu précises (voy. fig. 20).

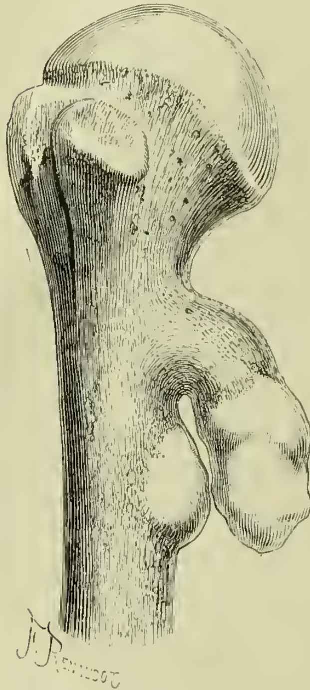


Fig. 20. — Disposition des deux exostoses enlevées chez cette malade. (*De notre collection.*)

En examinant les deux membres inférieurs, on trouve sur le tibia gauche une autre tumeur, moins volumineuse que celle du bras et qui était restée jusqu'ici inaperçue. Elle n'aurait jamais causé aucun trouble fonctionnel ; toutefois, en rassemblant ses souvenirs, la malade finit par se rappeler qu'elle a éprouvé dans la jambe, il y a un an environ, des douleurs vagues, mais trop peu sérieuses pour lui avoir donné la plus légère inquiétude.

Le volume de cette tumeur est à peu près celui d'une châtaigne. Elle n'est douloureuse, ni spontanément ni à la pression.

Comme à l'humérus, la tumeur principale est accompagnée d'une autre petite production située à $0^{m},02$ au-dessous à peu près. Enfin une troisième, grosse comme une noix, s'élève tout près de là. La peau qui les recouvre est parfaitement saine.

[Dès ce moment, nous crûmes avec raison que nous nous trouvions en présence d'une *exostose ostéo-cartilagineuse.*]

Néanmoins nous ne voulûmes rien affirmer avant d'avoir soumis notre malade à l'épreuve *classique*, on pourrait même dire *décisive*, du traitement par l'iodure de potassium. Elle en prit pendant quinze jours à une assez forte dose ; mais ce fut en vain, il n'y eut pas même un semblant d'amélioration.

Si l'exostose de l'humérus eût été dans les mêmes conditions que celle du tibia, c'est-à-dire si elle n'eût occasionné ni douleurs, ni gêne fonctionnelle appréciable, nous nous fussions bien gardé d'intervenir et nous eussions renvoyé la malade dans sa famille sans tenter une opération dont la nécessité n'était pas évidente.

Malheureusement la tumeur humérale rendait le bras droit inutile, tourmentait atrocement la malade par suite des douleurs qu'elle occasionnait.

Nous pensâmes qu'il était de notre devoir de nous rendre à ses *demandes réitérées*, et qu'il fallait l'opérer.

27 février. — On pratique l'*enlèvement* des deux tumeurs de l'humérus, en prenant les précautions que nécessitent les opérations pratiquées sur l'os à ce niveau et que je vous énumérerai un peu plus tard.

Jusqu'au 25 mars, la malade alla très-bien, et tout faisait présager une guérison prochaine. Tout à coup la fièvre reprit une très-grande intensité. La plaie demeura stationnaire, et les forces diminuèrent. Cet état persista pendant quatre jours. Nous redoutions de voir survenir l'infection putride.

La malade était transportable, les pansements que réclamait sa plaie étaient faciles. Nous l'engageâmes à retourner à son domicile et elle n'hésita pas à suivre notre conseil. Quelques jours après nous eûmes de ses nouvelles et nous apprîmes que le travail de cicatrisation un moment arrêté avait repris son cours, que la fièvre avait diminué, et que l'état général était des plus satisfaisants.

Le 15 avril nous revîmes l'opérée elle-même. Par le toucher, la cicatrice de la plaie était régulière ; on ne sentait pas la moindre saillie au-dessous d'elle, et naturellement la douleur et la gène motrice avaient disparu en même temps que la tumeur.

Nous allons aborder maintenant, Messieurs, à l'aide des données que nous fournit cette observation, l'étude des exostoses ostéo-cartilagineuses en général, en suivant rigoureusement le plan que nous nous sommes tracé.

§ I

Caractères anatomiques des exostoses ostéo-cartilagineuses.

Il nous paraît indispensable, Messieurs, d'étudier rapidement l'anatomie pathologique des exostoses ostéo-cartilagineuses. Nous ne voulons point néanmoins laisser de côté le point de vue essentiellement pratique auquel nous nous sommes placé. Cette partie de notre sujet servira donc simplement d'introduction à celles qui la suivront. Elle rendra l'étude des symptômes plus simple et plus rationnelle, celle de la pathogénie plus facile et plus claire.

Nous passerons ainsi en revue successivement : 1° le siége;

2° le nombre; 3° la forme et le volume; 4° l'implantation; 5° les rapports des exostoses de croissance.

1° *Siége.* — Les exostoses ne se développent point indifféremment sur l'un ou l'autre des os longs, elles ne naissent pas au hasard sur la diaphyse ou l'épiphyse, vers l'extrémité supérieure ou l'extrémité inférieure. Comme l'a fait remarquer justement Roux (1), l'extrémité inférieure du fémur est leur siége de prédilection. La partie supérieure de l'humérus, le tiers inférieur du tibia, viennent à la suite. Elles ne se développent presque jamais sur les diaphyses. Celles que l'on y a rencontrées dans des cas extrêmement rares, avaient, selon Volkmann (2), leur point de départ, au niveau du cartilage de conjugaison. Malgré la fréquence de ces tumeurs sur les os plats et en particulier sur ceux de la face et du crâne, il peut très-bien se faire qu'ils soient complétement épargnés lors même que les os des membres sont le siége d'exostoses nombreuses.

2° *Nombre.* — Les exostoses de cette espèce sont le plus souvent multiples. Il est exceptionnel de n'en rencontrer qu'une seule chez un même malade, de sorte que les exostoses *solitaires* décrites par Dupuytren sont moins fréquentes qu'il ne le supposait. Elles peuvent se développer simultanément sur tous les os longs. Il est même remarquable que très-souvent elles sont symétriquement placées à leurs extrémités. Ce phénomène n'est pas constant, et ceux qui ont voulu formuler une loi de *symétrie* pour le développement de ces tumeurs, sont tombés dans une exagération regrettable. Vous avez pu voir chez notre malade qu'il y avait des exostoses aux extrémités supérieures de l'humérus et du tibia du côté droit. Aucun os du côté gauche n'en portait. Les limites entre lesquelles peut varier leur nombre, sont très-éloignées. Hawkins en a vu douze, d'autres en ont trouvé cinquante, soixante, cent ou même davantage.

Au musée Dupuytren, les squelettes classés sous les n°s 334, 436 et 437, sont presque entièrement recouverts d'exostoses.

(1) In *Revue médico-chirurgicale* (année 1847).

(2) *Die Krankheiten der Bewegungsorgane*, in *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth.*

3° *Forme et volume.* — On ne saurait mieux les comparer qu'à une série d'apophyses coracoïdes ajoutées à la surface des os. Leur extrémité pointue, rugueuse et recourbée, leur base large et résistante, contribuent à rendre la ressemblance parfaite. Lorsque le sommet acquiert un volume inusité, l'exostose forme une sorte de massue sur laquelle se développent des mamelons irréguliers et inégaux. Même dans ces cas, l'axe de la tumeur reste rarement perpendiculaire à celui de l'os, il se dévie; le sommet se rapproche de la diaphyse, et elle devient tout entière parallèle au corps de l'os. Le volume est peu considérable, quelques-unes ne dépassent pas un pois. D'autres ont celui d'une châtaigne. Il est exceptionnel d'en rencontrer de la grosseur du poing.

4° *Implantation.* — Elle est à peu près la même que celle des apophyses normales. Généralement l'insertion large, cannelée et recouverte par le périoste, se confond avec l'os. Les tissus qui le forment présentent une disposition très-curieuse. La lame compacte de l'os se dévie sur la circonférence de la tumeur, la recouvre jusqu'en un point assez rapproché du sommet et disparaît à ce niveau. L'exostose prend ici un aspect nacré, luisant et poli, comme le cartilage. Si au lieu d'être pédiculée elle est arrondie, les mamelons qui la surmontent lui donnent une apparence que l'on a comparée avec raison avec celle du chou-fleur.

A la coupe, on trouve que l'exostose est formée à son centre d'un tissu spongieux analogue à celui du diploé, avec cette différence que les aréoles sont plus larges et moins régulières; que ce noyau est recouvert par les lames compactes déviées; que le sommet est seul formé de tissu cartilagineux identique avec celui des cartilages articulaires.

5° *Rapports.* — L'extrémité libre tend à se rapprocher des téguments. Quelquefois elle écarte et refoule les muscles et se glisse dans leurs interstices. Elle reste toujours profonde dans les régions, où les muscles sont épais, larges et aplatis, comme au moignon de l'épaule. Là surtout l'exostose se recouvre, à la suite des glissements répétés des muscles à sa surface, d'une

véritable synoviale. Hawkins qui a le premier signalé ce phénomène, le compare alors à une surface articulaire encroûtée de cartilage et recouverte par une bourse séreuse. Un liquide épais, visqueux, semblable à la synovie, remplit cette poche. Virchow et Rindfleisch ont trouvé dans un cas une quarantaine de capsules de cartilage indépendantes (1). Cette bourse séreuse accidentelle peut modifier les caractères et aggraver le pronostic de la tumeur. Au voisinage des cavités articulaires, elle communique souvent avec la séreuse normale. Nous verrons quelle peut être la conséquence de ce fait. Le corps de l'exostose ou son pédicule peuvent venir parfois se mettre eux-mêmes en contact avec les ligaments articulaires, les refouler et entrer en partie à l'intérieur de la jointure.

Je crois, Messieurs, qu'il est inutile d'insister davantage sur ces données d'anatomie pathologique. Nous pouvons entreprendre maintenant sans hésitation l'étude des symptômes. Nous comprendrons aisément chacun d'eux et nous le rattacherons à sa véritable cause.

§ II

Symptômes, marche, diagnostic.

I. *Symptômes.* — Au dehors, les exostoses ostéo-cartilagineuses ne manifestent guère leur présence. On a vu souvent les malades ne les apercevoir qu'après un traumatisme. Chez notre jeune opérée, je suis tenté de croire qu'il s'est passé quelque chose d'analogue. Cette histoire de fracture du col huméral mal réduite et suivie d'une tumeur, me paraît plus que discutable.

Il n'est nullement impossible qu'il n'y ait eu là qu'une simple luxation sans fracture. Ce qu'on a pris pour un fragment de l'os rompu, n'était probablement pas autre chose que l'exostose elle-même. Que de fois, Messieurs, n'a-t-on pas cru avoir affaire à un cal vicieux, lorsqu'il ne s'agissait que d'une exostose cartilagineuse, restée jusque-là inaperçue. Quand la tumeur est

(1) Schweiz. *Zeitschr. für Heilk.* III, 310.

superficielle, comme sur la face interne du tibia, la saillie qu'elle forme est mieux isolée, bien plus nette, et il est facile de l'apercevoir. Encore est-il bien rare que la simple inspection puisse donner des renseignements exacts sur le volume.

La peau est saine, elle ne présente pas de changement de couleur, pas de traces d'inflammation, mais seulement des veinosités assez nombreuses.

Le *toucher* donne des renseignements plus précis. Il permet de reconnaître si la tumeur est coracoïde ou sphéroïdale. Dans ce dernier cas, on découvre souvent les bosselures qui la surmontent. Lorsqu'elles semblent se dérober à la pression, on peut être sûr que l'on a bien affaire à une exostose ostéo-cartilagineuse. Ce défaut de résistance rend le diagnostic très-difficile lorsque la tumeur est profonde, lorsque des muscles glissent sur elle. On peut croire qu'elle est mobile et se déplace. Cette erreur est encore plus facile à commettre quand l'exostose est recouverte d'une bourse séreuse contenant de la synovie.

Les symptômes fonctionnels varient, on le comprend, avec le siége et le volume, ce sont des phénomènes purement mécaniques.

Si la tumeur vient à comprimer ou à déchirer un gros tronc nerveux, elle amène une de ces névralgies rebelles contre lesquelles échouent tous les moyens médicaux. La compression prolongée trop longtemps finirait par entraîner la destruction complète du nerf, et nécessairement la paralysie des muscles qu'il anime.

Quand une artère d'un certain volume est intéressée, des points de sphacèle se développent vers l'extrémité du membre, si la gêne a porté en même temps sur la circulation veineuse, la gangrène est d'autant plus rapide que les tissus étaient déjà œdématiés. Par bonheur, ces cas sont extrêmement rares.

L'impuissance motrice créée par l'obstacle qu'oppose la tumeur au fonctionnement des tendons, n'est jamais complète.

Elle n'existe que pour un seul muscle et pour certains mouvements.

En résumé les exostoses ostéo-cartilagineuses des membres, sont fréquemment accompagnées de désordres fonctionnels dont la gravité varie avec l'importance des organes intéressés.

Il vous est facile après cela, Messieurs, de formuler le pronostic des exostoses des os plats qui limitent les cavités splanchniques. La compression de l'encéphale, des viscères intra-pelviens, amène des phénomènes terribles et contre lesquels la chirurgie est malheureusement impuissante. Je ne fais d'ailleurs que vous les signaler en passant : nous avons limité notre étude aux os des membres, et nous tenons absolument à ne point sortir du sujet.

2° *Marche.* — Les exostoses ostéo-cartilagineuses suivent en général une marche très-lente, elles n'acquièrent parfois qu'un volume peu considérable, arrivent à une période stationnaire. Mais chez un certain nombre de malades elles prennent une allure toute différente.

Une phlegmasie se développe au voisinage de la tumeur et se termine par suppuration. Volkmann a vu dernièrement une exostose de l'extrémité inférieure du tibia atteindre la peau, en amener la gangrène et nécessiter à cause de cela l'amputation du membre (1). Parfois un trajet fistuleux persiste après l'évacuation de l'abcès ; il est alors aisé de sentir au fond de ce trajet la surface de l'exostose cariée. Ce processus est exceptionnel. — Un autre, rare également, mais observé toutefois un peu plus souvent que le premier, c'est la nécrose de la tumeur. Enregistrée jusqu'ici une dizaine de fois, elle s'est ordinairement terminée par expulsion du séquestre et guérison complète (2). Lorsque la maladie a suivi cette marche, on a presque toujours pris l'exostose pour une énostose (Volkmann).

La fracture des exostoses a été vue par Azam et Gosselin. L'observation d'Azam avait trait à une exostose de développe-

(1) *Beiträge zur Chirurgie anschliess. an ein Ber. über die Thätigkeit der chirurgischen Universitä ts. Klinik zu Halle*, in Jahre 1873. Leipzig, 1875.

(2) Voy. *Bulk. Nonnulla de Exostosi. Dissert. Halis Saxonum.* 1863.

ment siégeant au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus, la fracture avait eu lieu pendant que la malade puisait de l'eau, et s'était annoncée par un craquement prolongé. Chez la malade de Gosselin, c'était une exostose de l'extrémité inférieure du fémur. Dans les deux cas, la tumeur changea de caractères et devint mobile au sein des parties molles qui la recouvraient. La carie, la nécrose, la fracture, sont à peu près les seules vicissitudes par lesquelles puissent passer les exostoses ostéo-cartilagineuses. La production d'une cavité kystique, vue par Brodie dans une exostose de l'orbite, par d'autres dans des tumeurs de même nature des os de la face, n'a point été observée jusqu'ici dans celles des membres. La résorption complète admise par Boyer et plusieurs autres est tellement rare que nous nous bornons à la mentionner.

Il nous est maintenant facile de formuler un pronostic.

Abandonnées à elles-mêmes, les exostoses ostéo-cartilagineuses n'acquièrent qu'un volume peu considérable. Elles tendent à rester stationnaires, s'enflamment et se nécrosent rarement, ne s'éliminent presque jamais spontanément, et peuvent acquérir une gravité exceptionnelle par suite des symptômes de voisinage qu'elles déterminent.

Diagnostic. — Il est loin d'être facile, surtout au début. Il n'existe pas de signe vraiment pathognomonique de l'exostose ostéo-cartilagineuse. L'ensemble des symptômes, le mode d'évolution, les circonstances qui ont accompagné ou précédé l'apparition de la maladie, peuvent fournir d'utiles renseignements et souvent permettre d'arriver à un diagnostic précis. Il est vrai qu'il est bien difficile de reconnaître une exostose purement osseuse d'une exostose ostéo-cartilagineuse. La structure de la tumeur se prête aisément à la confusion. Il n'y a point un rapport invariable entre la quantité du tissu osseux et la quantité du tissu cartilagineux. Si l'os l'emporte sur le cartilage dans son ensemble, l'exostose rappellera l'ostéome pur. Si c'est au contraire le tissu cartilagineux qui est le plus abondant, on a devant soi une tumeur offrant une grande analogie avec les chondromes.

Nous diviserons donc en deux parties notre diagnostic. Dans la première nous rechercherons les moyens de distinguer l'exostose ostéo-cartilagineuse des tumeurs d'une autre nature qui lui ressemblent le plus. Dans la seconde, nous tâcherons de mettre en évidence les traits saillants qui la différencient de l'exostose osseuse.

Les chondromes, les tumeurs à myéloplaxes, les sarcomes et les fibromes, quand ils débutent à l'intérieur des os et se portent vers l'extérieur, peuvent à un moment donné être pris pour des exostoses ostéo-cartilagineuses.

Les enchondromes naissant dans la profondeur des os longs offrent à leur première période tous les caractères d'une tumeur osseuse. Ils sont immobiles, profonds, irréductibles, implantés sur l'os par une large base; plus tard, ils prennent les caractères des tumeurs ostéo-cartilagineuses. La coque osseuse qui les recouvre s'amincit, elle se laisse déprimer sous la pression du doigt, puis reprend d'elle-même sa forme.

Mais là s'arrête l'analogie; à mesure que leur volume augmente, les enchondromes perdent le caractère des tumeurs osseuses pour prendre ceux des tumeurs cartilagineuses. Ils sont uniformément élastiques, leur surface est beaucoup moins régulière que celle des exostoses. Ils sont susceptibles d'acquérir une grosseur énorme et de produire une déformation considérable de toute une région.

Cette mobilité de caractères est déjà un bon signe diagnostic, car dès le premier jour que l'exostose ostéo-cartilagineuse est aperçue, soit par le chirurgien, soit par le malade lui-même, elle présente les apparences qu'elle présentera toujours, c'est-à-dire que sa forme régulièrement acuminée, l'étendue de sa portion osseuse, son petit volume, sont autant de caractères d'une grande valeur.

Ajoutons que les exostoses sont bien plus souvent multiples que les tumeurs purement cartilagineuses, qu'elles se trouvent surtout chez les jeunes gens, qu'elles siégent à peu près exclusivement au voisinage des épiphyses, et nous aurons tous les éléments d'un bon diagnostic.

Les *tumeurs à myélaplaxes* ont un début tout aussi insidieux que les exostoses. Comme celles-ci, elles ne sont souvent aperçues qu'à la suite d'un choc sur le point qu'elles occupent. Mais les doutes ne peuvent pas persister bien longtemps. En quelques mois les myéloplaxomes augmentent de volume, perdent la consistance osseuse, deviennent mous et ne présentent plus aucune analogie avec les exostoses de croissance.

Les *fibromes* au début donnent lieu aux mêmes considérations tant qu'ils sont recouverts d'une épaisse coque osseuse. Tant qu'il n'y a ni élasticité, ni froissement de parchemin à la pression, le diagnostic est absolument impossible.

Quand au contraire le fibrome fait saillie à la surface de l'os, s'il est pur et n'est point traversé d'aiguilles osseuses, comme cela se voit quelquefois dans des variétés désignées par les auteurs sous le nom de fibro-sarcome ossifiant, la confusion n'est pas possible.

Le *sarcome* des os débute profondément comme les fibromes, les tumeurs à myéloplaxes et les enchondromes ; il se développe de la profondeur vers la superficie, refoule devant lui le tissu de l'os et possède tous les caractères physiques des tumeurs osseuses. Dès cette époque il a pourtant un symptôme distinctif que l'on ne trouve au même degré dans aucune des variétés de tumeurs que nous venons de voir : il est souvent douloureux. Les malades atteints de tumeurs fibro-plastiques des os éprouvent, pendant la nuit surtout, des douleurs lancinantes insupportables et revenant par accès irréguliers. Les exostoses syphilitiques pourraient à cause de cela, être confondues avec le sarcome, mais il en est tout autrement des exostoses ostéo-cartilagineuses. Nous avons vu que celles-ci sont indolentes, que lorsqu'elles ne compriment pas une partie intolérante, elles peuvent rester longtemps inaperçues.

Lors donc qu'une tumeur trop éloignée d'un rameau nerveux important pour les comprimer, offrant tous les caractères du tissu osseux, tourmente vivement le malade par suite des douleurs qu'elle occasionne, il y a de fortes raisons de croire à un sarcome. La marche viendra lever les doutes. Les sarcomes

se développent vite, altèrent l'os de telle façon qu'il se rompt sous l'influence du plus léger choc. Ce caractère se rencontre surtout dans les sarcomes intra-osseux.

Ils deviennent beaucoup plus volumineux que les exostoses ostéo-cartilagineuses. Ils contractent des adhérences étroites avec les parties voisines, et jamais on ne trouve à leur surface de bourse séreuse destinée à faciliter les glissements.

C'est une tumeur essentiellement envahissante et qui ne tend jamais à rester stationnaire.

Pour compléter notre diagnostic, il nous faut maintenant rechercher les moyens de distinguer l'exostose ostéo-cartilagineuse de l'exostose osseuse. Ce diagnostic est difficile. Cependant, lorsque vous voyez des exostoses multiples chez un sujet jeune, lorsqu'elles ont un petit volume et une des formes que je vous énumérais tout à l'heure, vous aurez de fortes chances d'avoir affaire à une exostose ostéo-cartilagineuse. S'il s'agit d'une exostose isolée, sa situation peut fournir d'utiles renseignements. La consistance comme nous vous l'avons décrite précédemment, la régularité moindre de la surface, permettent d'arriver à une solution définitive.

Mentionnons enfin le traitement par l'iodure de potassium, qu'il est toujours nécessaire d'employer pour s'assurer que l'on n'a pas affaire à une exostose syphilitique.

Les règles générales du diagnostic des exostoses ostéo-cartilagineuses peuvent donc être ainsi résumées.

Il est parfois difficile de distinguer sûrement une tumeur de cette espèce d'avec un chondrome, un myéloplaxome, un fibrome, un sarcome des os à leur première période. Plus tard la marche de la maladie et les caractères propres à chacune de ces variétés permettent de faire aisément le diagnostic.

Avant de terminer, Messieurs, je dois vous prévenir que dans des cas exceptionnels ces règles sont bien loin d'être absolues.

Si l'exostose a été fracturée, si elle est nécrosée, tout contribue à mettre le chirurgien dans l'erreur et à l'égarer dans ses recherches. Une grande expérience clinique est indispensable et permet seule de faire le diagnostic dans des cas difficiles.

§ III.

Pathogénie des exostoses ostéo-cartilagineuses.

L'étiologie des exostoses ostéo-cartilagineuses est encore assez mal connue.

Il paraît pourtant résulter des nombreux travaux publiés sur ce sujet que la cause première du mal réside dans l'état général. Je crois même que des tumeurs des os d'une autre nature, les chondromes, donnent lieu à la même remarque. Je viens de vous énumérer, en faisant le diagnostic, les différences qui les séparent des exostoses de croissance, mais si l'on ne regarde que l'étiologie, on reconnaîtra bien vite qu'il existe une étroite parenté entre ces diverses productions. Sont-elles le fait d'une diathèse particulière portant spécialement sur le système osseux? ou bien, au contraire, des affections générales telles que la goutte, le rhumatisme, la tuberculose, certaines époques de la vie, comme l'adolescence, doivent-elles être mises seules en cause? Tous les auteurs qui ont émis une opinion sur ce sujet l'ont appuyée d'observations plus ou moins concluantes. Aucune d'elles il est vrai ne l'est assez pour entraîner une conviction absolue.

On a invoqué tour à tour :

L'hérédité.

La tuberculose.

Le scorbut.

Le rhumatisme et la goutte.

L'état puerpéral.

L'adolescence.

Le traumatisme.

1° *L'hérédité.* — Cruveilhier, Lloyd, Stanley, ont observé des exostoses cartilagineuses multiples chez des enfants dont le père ou la mère avaient été atteints de la même maladie. Il ne faudrait pourtant pas trop généraliser et affirmer que toutes viennent d'une diathèse héréditaire ; souvent nous avons vu apparaître ces tumeurs chez des adolescents dont les parents

n'avaient jamais présenté aucun phénomène morbide du côté du système osseux, ainsi nous n'avons pu rien apprendre au sujet des parents de notre malade. Elle et sa sœur ne nous ont fourni que des renseignements négatifs dont la valeur est fort contestable. Les observations dans lesquelles l'hérédité paraît le mieux prouvée nous montrent parfois d'étranges bizarreries dans le mode de transmission. Un jeune homme observé par Schmidt (1) dans le service du professeur Bardleben à Greissvald, paraissait tenir la maladie de sa mère. Sa grand'mère maternelle, ses deux sœurs, avaient eu des tumeurs de même nature. Chose extraordinaire, c'était le premier individu de sexe masculin qui fût atteint dans cette famille.

2° *La tuberculose.* — Il serait difficile de dire si tous les malades chez lesquels l'hérédité a paru prouvée étaient des tuberculeux. Dans ce cas la question serait toute différente. Ne devrait-on point attribuer à l'affection du poumon plutôt qu'à une transmission directe les désordres survenus dans la nutrition des os?

Pour notre compte, nous avons vu assez souvent la tuberculose et les exostoses multiples réunies chez un même malade. Il y a une quinzaine de jours j'ai eu l'occasion de vous montrer à notre consultation une vieille femme phthisique au second degré, dont les fémurs, les tibias, les radius des deux côtés, portaient aux lieux d'élection des exostoses ostéo-cartilagineuses.

Virchow (2) croit à l'influence de la tuberculose sur la production de ces exostoses.

Recklinghausen (3) a vu également les deux maladies chez un même sujet.

Chez notre opérée, la tuberculose n'est pas absolument certaine. Cependant il y a de fortes raisons de craindre son développement ultérieur. La malade est sujette à s'enrhumer, elle

(1) *Inaug. Dissert.*, Greiswald, 1867. Anal. dans le *Canstatt.* de la même année.

(2) *Traité des tumeurs*, trad. française.

(3) *Canstatt's Jahresbericht*, 1866.

a des sueurs nocturnes, la respiration est légèrement soufflante aux deux sommets. Son père et sa mère sont morts phthisiques. Cet ensemble de circonstances est plus que suffisant, Messieurs, pour permettre de croire à la diathèse tuberculeuse. Si des observations plus nombreuses venaient à démontrer qu'il existe un rapport réel entre les exostoses ostéo-cartilagineuses et la tuberculose du poumon, ce serait là un fait du plus grand intérêt pour le chirurgien comme pour le médecin : pour le chirurgien, en ce qu'il modifierait les règles de l'intervention, pour le médecin parce que chez une personne en apparence bien portante, une exostose ostéo-cartilagineuse attirerait son attention du côté du poumon et le tiendrait constamment en éveil.

3° *Le scorbut.*— Pendant très-longtemps on a cru que cette affection amenait très-souvent le développement d'exostoses multiples. Aujourd'hui cette opinion n'est plus admise. Des faits trop démonstratifs ont prouvé que chez la plupart des scorbutiques on n'en trouve point. Sur cinq cents malades environ soignés par J.-L. Petit pour cette affection à l'hôpital de Borigne, on ne rencontra que deux ou trois sujets atteints d'exostoses (1). Les observations de Cullerier et de Nélaton (2), faites dans d'aussi bonnes conditions, sont de tout point conformes à celles de J.-L. Petit.

4° *Le rhumatisme, la goutte et le rachitisme.* — L'influence d'aucune de ces trois affections n'est bien démontrée. Les altérations osseuses que détermine le rhumatisme sont bien différentes de celles qui nous occupent. Néanmoins un certain nombre d'exostoses ostéo-cartilagineuses seraient dues, selon Virchow, à une périostite rhumatismale subaiguë. Nous n'avons point jusqu'ici rencontré de goutteux affectés de tumeurs semblables. Il en est autrement du rachitisme. Très-souvent les malades atteints d'exostoses ostéo-cartilagineuses en présentent des traces manifestes. Volkmann a vu des exostoses multiples

(1) *Traité des maladies des os*, t. II, p. 366.
(2) *Éléments de pathologie chirurgicale*, 2e édit., t. II, p. 498.

chez un enfant de huit ans, dont la poitrine carénée, le gonflement des articulations, ne permettraient pas de mettre en doute l'état rachitique. La thèse de Vix (1) contient plusieurs observations qui tendent à prouver le même fait.

5° *L'état puerpéral.* — C'est un fait bien connu en obstétrique que les nouvelles accouchées sont souvent affectées d'exostoses ostéo-cartilagineuses multiples, dont l'état puerpéral paraît avoir provoqué le développement. Ces tumeurs il est vrai, siégent rarement aux membres. Ducrest a fait la remarque que ce sont les os du bassin qu'elles atteignent de préférence. Pendant notre passage à La Maternité, nous avons pu nous assurer par nous-même que la chose était parfaitement exacte.

6° *L'adolescence.* — Un certain nombre de chirurgiens ont prétendu que toutes les exostoses ostéo-cartilagineuses étaient dues à la croissance. D'où le nom d'exostoses de croissance qu'ils leur avaient donné. Nous ne pouvons pas admettre une telle généralisation ; s'il est vrai qu'on les observe surtout dans le jeune âge, il en est de même d'autres tumeurs qui n'offrent pas avec celle-ci la moindre analogie. Quelle est donc l'influence de l'adolescence? c'est là une question encore irrésolue. La cause générale dont nous parlions en commençant ce chapitre produit ses effets, dans le jeune âge de préférence, parce que les os sont en pleine période d'évolution, parce qu'un trouble insignifiant lorsque le squelette est arrivé à son complet développement, lorsque l'ossification est normale, peut avoir des conséquences terribles à cette époque de la vie. C'est à ce point de vue que l'adolescence peut être rangée parmi les causes prédisposantes des exostoses de développement.

Sous l'influence d'un léger traumatisme, on voyait une exostose survenir chez un enfant dont Abernethy (2) a rapporté l'observation. Il est probable qu'à un âge plus avancé les choses ne se fussent point passées de la sorte. Cependant, Messieurs, il ne faudrait pas croire que chez les adultes, ou même les

(1) *Beiträge zur Kenntniss der angeborenen multiplen Exostosen.* Giessen, 1856.

(2) In *Dictionnaire de chirurgie* de Sam. Cooper, art. EXOSTOSE.

vieillards prédisposés, il ne puisse se développer des exostoses ostéo-cartilagineuses semblables à celles que l'on observe chez les adolescents. Piedvache (1) en a vu un assez grand nombre apparaître chez un homme de soixante et un ans, non syphilitique et qui jusqu'alors n'avait souffert d'aucune maladie du système osseux.

Nous ne pouvons malheureusement, Messieurs, tirer qu'une conséquence de cette discussion. C'est que les exostoses ostéo-cartilagineuses ne sont point une affection purement locale, qu'elles arrivent toujours à la suite d'un état général mauvais, qui modifie profondément les conditions physiologiques de la nutrition des os et qu'il existe une véritable identité entre les exostoses qui surviennent sous l'influence des diverses causes dont nous avons parlé.

J'arrive maintenant au développement anatomique. Ici encore nous nous trouverons en présence d'opinions nombreuses.

La première par ordre de date et la plus simple est celle d'Astley Cooper : Il admettait que toutes les exostoses, qu'elles fussent osseuses ou ostéo-cartilagineuses, survenaient sous l'influence des mêmes causes et dans les mêmes points. Il allait même jusqu'à dire que toutes étaient cartilagineuses au début, et que si quelques-unes ne devenaient jamais complétement osseuses, c'était simplement par suite d'un retard dans l'ossification.

Cette théorie séduisante par sa simplicité, était admissible à l'époque où Astley Cooper la professa.

Les progrès de l'histologie normale l'ont renversée à mesure qu'ils nous ont fait connaître les lois de l'ostéogenèse.

Nous savons aujourd'hui que le squelette cartilagineux n'est point remplacé immédiatement par un squelette osseux. Avant de se transformer en os, le cartilage fœtal s'infiltre de sels calcaires et se résorbe.

Si une exostose est d'abord cartilagineuse, elle doit, pour de-

(1) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1861, p. 270.

venir osseuse, passer par les mêmes phases qu'une apophyse normale.

On devrait donc rencontrer dans certaines exostoses de développement, arrivées à leur période stationnaire : 1° du tissu osseux parfait; 2° du tissu cartilagineux calcifié; 3° des cellules ordinaires de cartilage. Dans tous les examens microscopiques rapportés jusqu'à ce jour, le second élément a fait défaut. Une couche cartilagineuse superficielle, un noyau de tissu spongieux, une coque compacte formée par les lamelles osseuses déviées, voilà ce que l'on a constamment trouvé dans ces tumeurs.

Une autre opinion non moins ingénieuse est due à Broca et rapportée dans la thèse de Soulier (1).

Suivant lui, les exostoses ostéo-cartilagineuses des os longs auraient toujours pour point de départ le cartilage épiphysaire, ce serait d'après Soulier des exostoses ostéogéniques.

Cette opinion est par trop absolue; elle laisse à penser que des exostoses ostéo-cartilagineuses ne peuvent jamais arriver après que les os ont atteint leur complet développement. La pratique nous a montré comme à d'autres chirurgiens qu'il n'y a rien de fixe à cet égard. D'ailleurs sur les os plats de la face et du crâne où les exostoses ostéo-cartilagineuses sont fréquentes, et où l'ossification se fait par envahissement au lieu de se faire par substitution, on trouve des exostoses ostéo-cartilagineuses à toutes les époques de la vie.

Tout récemment, Richet (3) vient de rechercher la solution du problème dans l'étude des exostoses du sinus maxillaire. Elles viendraient de petits noyaux cartilagineux, d'abord indépendants à l'intérieur de l'antre d'Highmore. Ceux-ci se transforment, lorsqu'ils sont encore libres, en tissu osseux, et cette production contenant à la fois des ostéoplastes et des cellules de cartilage se grefferaient plus tard sur l'os.

Les exostoses des membres suivraient un processus identique. Un petit noyau de cartilage développé entre le périoste

(1) Thèse de Paris, 1864.
(2) Volkmann, *loc. cit.*
(3) Leçons publ. in *France médicale*, 1875.

et la surface de l'os serait leur point de départ. Jusqu'ici nous n'avons jamais rencontré de tumeurs indépendantes entre l'os et le périoste. Lorsque, comme dans le cas qui fait le sujet de cette clinique, on trouve une petite exostose à côté d'une autre plus volumineuse, elle est fixée, comme la première, au corps de l'os; le tissu compacte et le tissu spongieux ont exactement la même disposition. Des tumeurs grosses comme un petit pois ou même une lentille ne font point exception. Il faudrait donc admettre pour soutenir cette opinion que les noyaux ostéo-cartilagineux indépendants se greffent à une époque bien précoce et qu'il existe dans ce phénomène une constance et une régularité bien rares en pathologie.

Pour les exostoses ostéo-cartilagineuses des os longs, l'explication de M. Richet nous paraîtrait plus ingénieuse que facile à démontrer.

Il nous semble d'ailleurs superflu de recourir à de nouvelles hypothèses. Sans nier que quelques exostoses ostéo-cartilagineuses aient leur point de départ dans le cartilage de conjugaison, nous croyons que la plupart d'entre elles sont formées par le périoste lui-même. Une couche cartilagineuse limitée est déposée à la surface de l'os : elle s'y fixe et s'ossifie presque en même temps, à mesure qu'un autre dépôt néoplasique se forme à la surface du précédent et se nourrit comme le reste de l'os.

J'arrête ici, Messieurs, l'étude de la genèse de la pathogénie des exostoses de croissance. Nous allons étudier la question à un point de vue plus pratique, au point de vue du traitement.

§ IV.

Traitement des exostoses ostéo-cartilagineuses et en particulier de celles du col chirurgical de l'humérus.

Je n'ai pas besoin de vous dire, Messieurs, que c'est au traitement chirurgical seul qu'il faut demander la guérison de la maladie. Les moyens purement médicaux ne doivent pas être négligés pour cela, ils serviront à modifier, autant que la chose

est possible, le mauvais état général du sujet. — Les méthodes employées par les chirurgiens sont au nombre de trois :

1° La section sous-cutanée ;

2° Le brisement ;

4° L'enlèvement a ciel ouvert.

Nous ne vous parlons point de la dénudation proposée par Astley Cooper. Ce procédé n'a jamais compté que peu de partisans et il est aujourd'hui complétement abandonné.

I. *La section sous-cutanée.* — Dans les exostoses superficielles, éloignées des articulations, des vaisseaux et des nerfs, cette méthode pourrait peut-être rendre quelques services. Pour les exostoses des deux extrémités du fémur ou de l'humérus, il est inutile d'y songer. Les organes du voisinage sont tellement importants qu'une blessure même légère pourrait entraîner des conséquences terribles. La première indication à remplir, c'est de se frayer une voie assez large pour que l'on puisse toujours savoir où l'on se trouve et diriger son instrument.

II. *Le brisement.* — On a espéré qu'en fracturant l'exostose, les fragments ne tendraient point à se réunir, mais se raréfieraient et arriveraient à être résorbés complétement.

En règle générale, il n'en est point ainsi. Les choses se passent comme dans les fractures ordinaires, un cal se forme et réunit les fragments ; de cette façon l'opération n'a pas été seulement inutile, elle a été nuisible, car elle a contribué au développement de la tumeur.

III. *L'enlèvement à ciel ouvert.* — C'est la seule méthode réellement avantageuse. Pour notre compte, nous l'avons toujours employée jusqu'à ce jour et nous n'avons qu'à nous en féliciter. Elle présente, il est vrai, des difficultés sérieuses dans son exécution. Des inconvénients véritables tenant au siége de l'exostose la rendent parfois extrêmement périlleuse. Nous allons examiner minutieusement les unes et les autres, puis nous rechercherons ensemble les moyens de les prévenir.

A. *Difficultés tenant au siége de la tumeur dans les exostoses du col chirurgical de l'humérus.*

1° *La profondeur.* — Il est extrêmement rare que ces tumeurs restent toujours dans les interstices musculaires; trop souvent elles viennent se cacher derrière le corps charnu des muscles. Ceux-ci, repoussés en avant à mesure que l'exostose grossit, s'étalent à sa surface, et après l'incision des téguments on rencontre une sorte de tunique musculaire qui la recouvre tout entière.

2° *Le voisinage d'organes importants.* — Près du point où siégeait l'exostose que nous avons enlevée passent la veine céphalique, le paquet vasculo-nerveux du membre supérieur, artère et veine axillaires, nerfs du plexus brachial. Vous comprenez, Messieurs, combien il est important de ne rien livrer au hasard.

De plus, l'articulation scapulo-humérale n'est pas tellement éloignée qu'une direction malheureuse imprimée à l'instrument ne permît de l'ouvrir.

Plus tard, on doit redouter une arthrite souvent purulente. Il est à craindre, même lorsqu'on prend les plus grandes précautions, que du pus ne pénètre dans l'intérieur de l'article et n'amène les accidents que vous connaissez tous.

B. *Difficultés tenant à la nature même de la tumeur.*

Nous avons vu que le pédicule s'étend souvent fort loin, qu'il pénètre parfois jusqu'au-dessous de la synoviale, qu'il existe aussi dans quelques cas une communication entre celle-ci et la bourse séreuse placée au-dessus de l'exostose.

Stanley et Volkmann ont perdu chacun un malade à la suite d'une arthrite purulente survenue dans un cas de ce genre. Même lorsque les deux synoviales sont indépendantes, celle de l'exostose, lorsqu'on la laisse en place après l'opération, s'enflamme et donne lieu à des fusées purulentes qui peuvent gagner la cavité articulaire. Dans des cas plus bénins ces fusées se limitent aux interstices musculaires, mais alors elles épuisent le malade et empêchent la plaie de se cicatriser.

Quelles précautions prendrons-nous pour nous mettre à l'abri des accidents auxquels nous exposent ces difficultés? Elles résident toutes dans la manière de pratiquer l'incision, dans le mode d'ablation et les soins consécutifs.

I. *Incision.* — Elle doit, autant que possible, répondre à trois indications.

1° *On coupe les tissus couche par couche de manière à arriver directement sur le sommet de la tumeur et à l'isoler facilement des organes qui l'entourent.*

2° *On lui donne la direction la plus favorable pour assurer l'écoulement ultérieur du pus.*

3° *Il faut en outre empêcher que les couches superficielles se réunissent par première intention.*

Quand on rencontre des fibres musculaires on passe autant que possible dans les intervalles des faisceaux musculaires, si la chose est possible, dans le cas contraire on les coupe sans plus s'en inquiéter.

S'il existe une bourse séreuse, il faut l'ouvrir largement pour arriver sur l'exostose elle-même.

Arrivé au périoste, le chirurgien n'a plus qu'à dénuder la base de la tumeur; encore doit-il avoir bien soin de ne pas enlever le périoste et de le laisser absolument intact sur les parties renflées qui avoisinent le point d'implantation.

II. *Ablation.* — Elle doit être faite en deux fois. Avec une pince coupante ou avec la scie à chaîne on détache la partie saillante. Reste le pédicule pour lequel il faut prendre les plus grandes précautions. Au-dessous de sa gaîne périostique se trouve une lame superficielle compacte recouvrant du tissu spongieux. Pour tout enlever, nous ne nous servons plus de la scie à chaîne, nous préférons évider avec de petites gouges ou mieux encore de petites pelles à manche bien tranchantes et dont la longueur est en rapport avec celle du pédicule. L'évidement se fait sur place et par rotation. Le plus souvent la lame compacte cède avec facilité sans qu'il soit nécessaire de recourir au marteau.

En procédant de la sorte, on se met à l'abri des accidents

immédiats : on ne blesse aucun organe important du voisinage, on ne pénètre pas dans la jointure.

Malheureusement il est moins facile de prévenir les accidents consécutifs. Nous avons déjà insisté sur la nécessité d'enlever en totalité les bourses séreuses de nouvelle formation et sur celle de ne pas provoquer la réunion par première intention. Il faut commencer, comme nous l'avons fait chez notre malade, par placer une petite mèche de charpie à la partie la plus déclive pour permettre l'issue facile du pus et des liquides irritants.

Dans la suite les pansements bien faits, tels que le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, rendent d'excellents services. Nous nous servons avec avantage de l'appareil inamovible à pièces séparées et imperméables que nous employons dans les fractures compliquées et dont nous nous proposons de vous entretenir plus longuement quelque jour.

Si l'on avait opéré une exostose de l'extrémité supérieure du fémur on aurait dû prendre toutes les précautions que je viens de vous exposer. L'épaisseur même des parties molles en aurait réclamé quelques autres encore. Ainsi nous aurions fait tout d'abord une contre-ouverture pour placer un tube à drainage qui assurât l'écoulement du pus.

Telles sont, Messieurs, les précautions qu'il est indispensable de prendre. En agissant comme je vous le recommande, vous serez certains de toujours placer votre malade dans les meilleures conditions. Les accidents qui pourraient survenir seront imputables au milieu et à l'état du sujet plutôt qu'à vous-mêmes.



DIXIÈME LEÇON

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

(D'un nouveau procédé pour la section de la cornée)

MESSIEURS,

Vous m'avez vu pratiquer, il y a quelques jours, l'extraction de la cataracte. Je vous dis alors, sans insister bien longuement sur ce point, que je donnais la préférence à l'incision curviligne à petit lambeau pratiquée sur les limites supérieure ou inférieure de la cornée. Je vous montrai même alors des instruments que j'ai fait construire dans le but de simplifier l'incision, et de permettre à des opérateurs même peu expérimentés de l'exécuter correctement.

Ces instruments sont :

1° *Une aiguille conductrice* destinée à pratiquer la ponction et la contre-ponction et à guider l'instrument tranchant pendant le second temps de l'opération (voy. fig. 21) ;

2° *Un couteau* dont je vous ferai plus loin la description détaillée (voy. fig. 22).

Je me propose aujourd'hui, Messieurs, de reprendre le même sujet et de discuter devant vous les motifs qui m'ont guidé dans le choix de mon procédé et la construction des instruments.

Mais avant d'aborder cette partie de notre leçon, je crois qu'il sera bon de nous conformer à la règle que nous nous sommes tracée dès le début, c'est-à-dire de vous faire connaître dans quelles conditions se trouvait le malade auquel nous avons pratiqué l'extraction et quel a été le résultat de notre opération.

OBSERVATION XI.

Le 1er mars 1875, entrait dans notre service le nommé Foucher (Henri), âgé de soixante-neuf ans. Il était affecté d'une *cataracte* du côté droit. L'opération était formellement indiquée. La vue était aussi diminuée de l'œil droit qu'elle peut l'être par le fait d'une cataracte. Du côté gauche, la vision était également très-mauvaise, à tel point que le malade ne pouvait plus lire les gros caractères d'imprimerie, et qu'il lui était impossible de continuer ses travaux habituels.

La cataracte de l'œil droit avait tous les caractères d'une cataracte dure, lenticulaire. A la simple vue comme à l'éclairage oblique, la lentille offrait un aspect blanc grisâtre uniforme ; à l'examen ophthalmoscopique, elle paraissait franchement opaque vers son centre, un peu translucide vers sa périphérie.

La pupille réagissait bien sous l'influence de la lumière, et les instillations d'atropine amenaient une dilatation parfaitement régulière.

La sensation de lumière était bonne ; le malade distinguait parfaitement les mouvements de la main à *quatre pieds*.

La santé générale était tout à fait satisfaisante. Les organes de la respiration, de la circulation, de la digestion, de l'innervation minutieusement explorés n'avaient présenté aucun phénomène suspect.

L'opération était donc indiquée.

Le 4 avril dernier, je la pratiquai devant vous sans difficultés et sans accidents. Je vous montrai le cristallin extrait, et il vous fut possible de voir que notre diagnostic avait été exact ; que nous avions bien eu affaire à une cataracte dure centrale, assez volumineuse, accompagnée d'un peu de substance corticale restée molle et gélatineuse.

Les soins consécutifs ne présentèrent rien de particulier. Le malade, placé dans son lit converti pour la circonstance en chambre noire, fut assujetti au repos absolu dans le décubitus dorsal. Une compression douce, uniforme, extrêmement légère, fut exercée sur l'œil opéré au moyen d'un bandeau et d'un petit tampon d'ouate. Pendant trois jours, on instilla soigneusement, matin et soir, trois gouttes de sulfate neutre d'atropine dans l'œil.

Le résultat fut favorable ; la plaie de la cornée se réunit par première intention et fut fermée complétement dès le troisième jour. La pupille était

noire, régulière ; l'iris ne s'était point enclavé, réagissait bien, et n'avait jamais eu de tendance à s'enflammer.

Dix jours après l'opération, le malade comptait les doigts à *douze pieds*. Il distinguait des caractères d'imprimerie correspondant à peu près au n° 13 de l'échelle de Jäger.

Le seul trouble qui persistât du côté de l'œil était une légère hyperhémie conjonctivale, et nous espérions pouvoir, le lendemain, l'envoyer en convalescence à Vincennes, après lui avoir prescrit des lunettes appropriées.

Une circonstance absolument imprévue survint le même jour et réduisit à néant ce que nous avions fait jusqu'alors. Ce fut une attaque d'apoplexie avec coma et résolution complète. Au bout de trois jours, le coma disparut, ne laissant à sa suite qu'un affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité générale, sans paralysies motrices limitées ; mais une seconde attaque d'apoplexie, survenue le 24 avril, enleva le malade en douze heures.

Je crois, Messieurs, que l'on peut, sans émettre une opinion hasardée, nier toute connexité entre l'affection des centres nerveux et l'extraction de la cataracte.

Au moment de la première attaque, l'œil était guéri depuis plusieurs jours ; la maladie intercurrente n'amena aucune espèce de manifestation du côté de cet organe, et même au moment de la mort, on se fût aperçu difficilement si l'on n'en eût été prévenu que l'un des deux yeux avait subi une récente opération.

Les anciens chirurgiens, surtout ceux qui pratiquaient l'abaissement, ont bien signalé des accidents nerveux graves, survenus dans des cas exceptionnels, à la suite de l'opération de la cataracte. Mais ces phénomènes, d'origine toute locale, arrivaient le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Ils ne se manifestaient jamais sous forme d'affection apoplectique et s'accompagnaient toujours de douleurs autour de l'orbite, de congestions extrêmement violentes du côté de l'œil.

L'affection cérébrale, presque foudroyante, à laquelle succomba notre malade, était donc absolument *fortuite* et elle ne peut compter en aucune façon au nombre des inconvénients de

l'opération de la cataracte ou du procédé que nous avons employé dans la circonstance.

J'ajoute même que les résultats obtenus permettent de ranger ce cas parmi les succès complets.

La vision était très-bonne; il n'y avait ni enclavement de l'iris, ni cataracte secondaire.

D'autres malades, opérés en ville dans les mêmes conditions et avec les mêmes instruments, nous ont donné d'excellents résultats.

Nous pouvons donc affirmer, en nous tenant aux données de notre pratique personnelle, que les instruments dont nous nous proposons de vous entretenir n'ont jamais compromis les succès d'une opération. Toute la question consiste à déterminer si, comme nous le croyons, ils donnent au manuel opératoire une simplicité suffisante pour le rendre accessible à tous. Nous allons essayer de vous le démontrer.

Si vous jetez un coup d'œil sur l'histoire de l'opération de la cataracte aux diverses époques de la chirurgie, vous serez frappés de la multiplicité des procédés opératoires employés tour à tour; de l'adoption d'une méthode à l'exclusion de toutes les autres pendant un temps donné; de la similitude des arguments employés par des praticiens écrivant à un ou deux siècles de distance en faveur du procédé auquel ils donnaient la préférence.

Il me paraît bon, Messieurs, au moment où je viens vous exposer une modification d'une méthode actuellement employée par beaucoup de chirurgiens, de passer rapidement en revue cet historique assez confus et de voir si nous ne pourrons pas nous-mêmes tirer quelques fruits des leçons du passé.

De tout temps, ceux qui ont opéré la cataracte se sont préoccupés de deux choses :

1° La simplicité du manuel opératoire;

2° La prévention des accidents immédiats ou consécutifs de l'opération.

Ces simples données nous expliquent pourquoi les méthodes dont le règne paraissait le plus solidement établi ont été détrônées par d'autres, abandonnées elles-mêmes au bout de quelques années. C'est que les chirurgiens ont eu en vue une indication à l'exclusion de l'autre; c'est qu'ils ont employé un manuel opératoire défectueux; ou qu'ils ont mal connu les suites des opérations qu'ils pratiquaient.

Nous croyons donc devoir accorder ici une place à l'histoire de l'opération, mais nous n'oublierons pas, Messieurs, que c'est comme accessoire et comme introduction à l'étude du procédé pratique dont nous voulons vous entretenir. Par conséquent, ce sera plutôt un aperçu rapide qu'un historique complet. Vous ne serez nullement étonnés si nous laissons de côté les méthodes que leurs inventeurs eux-mêmes n'ont jamais songé à mettre en usage que dans un petit nombre de cas, comme le broiement, l'aspiration, la discision, etc. Nous ne nous occuperons pas non plus du traitement des cataractes fausses ou consécutives. Ainsi restreinte, la question se bornera aux deux méthodes généralement employées à tour de rôle dans le traitement des cataractes lenticulaires primitives :

1° L'abaissement ;
2° L'extraction.

Nous vous parlerons de chacune d'elles en peu de mots et nous insisterons sur les modifications de la seconde en particulier. Puis nous exposerons les raisons qui nous ont fait choisir le procédé que vous nous avez vu appliquer, et nous vous décrirons les instruments dont nous nous sommes servi, en vous énumérant les services que nous en attendons.

I. *Abaissement.* — L'abaissement remonte à une très-haute antiquité. Il a même sa légende, qu'il me paraît inutile de vous rapporter ici. D'après Guérin (1), Hérophile ou Érasistrate auraient les premiers abaissé la cataracte. D'autres croient que

(1) *Maladies des yeux*, p. 351.

cette méthode était connue chez les Chinois et chez les Hindous (1) à une époque de beaucoup antérieure.

Chez les Romains, elle paraît avoir été fréquemment pratiquée. Celse (2) nous décrit avec précision le manuel opératoire usité de son temps. Galien et Pline en parlent à plusieurs reprises. Au XVIe et au XVIIe siècle, l'abaissement était seul employé en Europe. Ambroise Paré (3), Guy de Chauliac (4), maître Jean (5), l'ont décrit comme une opération fréquente et sans difficultés. Les succès obtenus par Daviel et ses élèves avec l'extraction lui portèrent un coup dont il se releva difficilement. Il fallut toute l'autorité de Scarpa, appuyé un peu plus tard par Dupuytren et Velpeau, pour lui rendre une partie de son ancien prestige.

Tous les chirurgiens qui ont préconisé cette méthode ont fait ressortir avec grand soin la facilité de son exécution. Aujourd'hui même, des opérateurs qui ne pratiquent eux-mêmes que l'extraction, recommandent à leurs confrères moins expérimentés de s'en tenir à l'abaissement.

« Pour se hasarder à entreprendre l'extraction, dit M. Warlomont (6), il est indispensable d'avoir fait un apprentissage suffisant, car elle réclame une dextérité et une expérience sans lesquelles on ne pourra attendre que des revers. »

Scarpa (7) ne s'appuie pas seulement sur la simplicité du manuel opératoire pour recommander l'abaissement, il affirme que ses inconvénients immédiats et consécutifs sont beaucoup moindres que ceux de l'extraction.

Les connaissances ophthalmologiques ont fait depuis cette époque de très-grands progrès ; la structure et la physiologie des milieux de l'œil étant beaucoup mieux connues, les dangers de chaque opération le sont mieux aussi. L'abaissement est donc

(1) Caron du Villards, *Guide pratique*, t. II, p. 384.
(2) *De la médecine*, liv. VII, chap. VII, n° 14.
(3) *Œuvres*, p. 592. Lyon, 1652.
(4) *La grande chirurgie*, p. 523. Rouen, 1649.
(5) *Maladies de l'œil*. Troyes, 1707.
(6) In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. CATARACTE.
(7) *Traité des maladies des yeux*. Traduction Léveillé.

aujourd'hui en grande partie abandonné. Ses rares partisans, parmi lesquels nous devons mentionner avec honneur M. Marius Desprès, de Saint-Quentin, qui dans un mémoire couronné par la Société de chirurgie en 1872 a tenté de le réhabiliter, ne forment plus qu'un très-petit groupe au milieu des partisans exclusifs de la méthode d'extraction.

II. *Extraction.* — Les débuts de cette méthode ont été des plus humbles. Les chirurgiens grecs ne la connaissaient pas. Ceux de Rome n'en avaient qu'une idée assez vague. Du temps d'Antyllus, certains opérateurs pratiquaient l'extraction. Quant à lui, jamais il n'y a eu recours. Galien (1) en dit quelques mots pour la rejeter et la signaler comme une mauvaise méthode. Pline (2) paraît un peu plus favorable à l'extraction de la cataracte que ses contemporains. Il leur reproche de négliger cette méthode qui *vaut mieux*, selon lui, *que* l'abaissement.

Les Arabes l'ont un peu mieux connue. Avicenne (3) l'avait probablement mise en pratique, car il signale comme un de ses principaux inconvénients l'issue du corps vitré.

Tous les chirurgiens du moyen âge, du XVIe et du XVIIe siècle qui ont parlé de l'extraction, ne lui accordent qu'une médiocre importance. Fabrice d'Acquapendente entre autres (4) la proscrit sans hésitation.

C'est donc à une époque relativement rapprochée de nous, au XVIIIe siècle, que l'extraction de la cataracte fut érigée en méthode rationnelle, à peu près toujours applicable ; encore n'y eut-on recours tout d'abord que dans des cas exceptionnels. Saint-Yves, en 1707, pratique l'ouverture de la cornée pour extraire ce cristallin luxé dans la chambre antérieure. En 1708, Pourfour du Petit fait une opération du même genre. Enfin, en 1752, Daviel (5) décrit l'extraction, fait construire les instruments nécessaires à son exécution et conseille d'em-

(1) *De usu partium*, cap. IV et VI, et *Meth. Med.*, lib. XIV, cap. XIII.
(2) *Hist. nat.*, lib. XXIX, cap. I.
(3) Lib. 3, fen. 3. *Tractatu IV*, caput 20.
(4) *Chirurg.*, caput XVI, *De suffusione.*
(5) *Mémoires Acad. de chirurgie*, t. V.

ployer toujours cette méthode, beaucoup plus rationnelle et tout aussi simple que l'abaissement.

La plupart des oculistes de la fin du siècle dernier adoptèrent ses conclusions.

Il s'en fallait de beaucoup pourtant que l'opération répondît aux deux indications formulées plus haut. Bien loin d'être facile à exécuter, l'extraction, telle qu'on la pratiquait alors, réclamait une dextérité et une habitude que possédaient seuls quelques privilégiés. Wenzel (1), par exemple, faisait avec le même couteau triangulaire la ponction, la kystitomie et la contre-ponction.

Il n'est point extraordinaire que le plus grand nombre des partisans de l'extraction s'en soient tenus à la kératotomie, telle que la pratiquait Daviel, sauf à faire la kystitomie dans un second temps.

D'autres ont cherché à modifier la direction de la section cornéenne. Au lieu de la faire dans un méridien périphérique, ils ont coupé la cornée selon un méridien se rapprochant plus ou moins de son centre. Pallucci, Wardrop, Gibson ont employé des procédés d'extraction linéaire, mais aucun d'eux n'a fait école (2). En France même, quelques chirurgiens la pratiquaient bien avant que de Graefe l'eût préconisée. Pour mon compte, j'ai vu souvent M. Nélaton, lorsque j'étais son interne, faire une section linéaire de la cornée et extraire ainsi les cataractes molles. C'est en Allemagne, néanmoins, que ces différents procédés ont été le plus généralement acceptés. M. Schuft, devenu plus tard M. de Waldau, propose de faire l'iridectomie dans toutes les extractions ; M. Mooren accepte l'iridectomie en principe, mais la pratique quinze jours avant l'extraction. Jacobson recommande l'incision scléroticale. De toutes ces tentatives est résultée une méthode qui, pendant trois ou quatre ans, a compté pour partisans la plupart des oculistes français. Elle est connue sous le nom de *méthode d'extraction linéaire avec iridectomie*, ou méthode de de Graefe.

(1) *Traité de la cataracte*. Paris, 1786.
(2) Voy. Follin, *Archives générales de médecine*, 1866.

Il s'est produit dans ces dernières années une sorte de réaction contre l'iridectomie. Tout en conservant le principe de l'incision linéaire, beaucoup de chirurgiens rejettent la section de l'iris comme dangereuse ou tout au moins inutile. Lebrun, en Belgique, Liebreich en Angleterre, ont mis en usage des méthodes offrant toutes entre elles la plus grande analogie.

Au congrès ophthalmologique d'Heidelberg, en 1867, Küchler a fait connaître les résultats d'une méthode qu'il emploie habituellement et que d'autres ont importée en France un peu plus tard sans en indiquer la provenance.

Depuis la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie, l'iridectomie semble avoir perdu des partisans.

Les chirurgiens qui ont préféré l'extraction à l'abaissement ont apporté à l'appui de leur opinion un certain nombre d'arguments sérieux :

1° L'extraction est plus rationnelle, puisqu'elle ne laisse pas dans l'œil comme l'abaissement le cristallin devenu opaque (1);

2° Elle expose à des accidents immédiats moins graves. On n'a point à craindre, comme dans l'abaissement, la blessure de la face postérieure de l'iris, la luxation du cristallin dans la chambre antérieure, le décollement de la rétine, des névralgies et des accidents nerveux plus graves et parfois mortels (2);

3° La méthode d'extraction seule met à l'abri des accidents consécutifs.

Cette dernière considération est sans contredit la plus puissante de toutes. Aujourd'hui que les phénomènes de la pression intra-oculaire sont bien connus, nous savons que l'abaissement amène des accidents dont le moins redoutable est le glaucome secondaire.

Par malheur, tout ne se borne point à la perte de l'œil opéré : l'ophthalmie sympathique est trop souvent la conséquence de l'abaissement, et suffit pour faire rejeter à tout jamais cette méthode. Les raisons sur lesquelles basaient leur choix les

(1) Voy. Basville, *An extractio lentis potior Depressione*, thèse de Paris 1752.

(2) Voy. au siècle dernier : Hoin, *Mémoires de l'Acad. de chir.*, t, VI.

chirurgiens qui comme Nélaton (1) ou J. Cloquet (2) employaient tantôt l'une et tantôt l'autre, disparaissent complétement. Nous en dirons autant des indications de la dépression formulées tout récemment par M. le professeur Jacolcmi, de Naples (3), qui l'emploie chez les malades fortement impressionnables ou affectés d'un léger degré d'exophthalmie. Rien de tout cela ne peut entrer en parallèle avec les accidents redoutables que produit trop souvent le cristallin abaissé dans le corps vitré.

Pour mon compte, Messieurs, je donne la préférence à l'extraction avec une incision presque linéaire pratiquée très-près de la limite inférieure de la cornée.

Cette méthode répond assez bien aux deux indications déjà formulées.

1° *Son exécution est facile;* elle l'est au moins autant que celle de l'extraction à grand lambeau de Daviel. Elle est plus simple que la méthode de de Graefe.

Quelles que soient, Messieurs, la bénignité et la facilité de l'iridectomie, elle complique à coup sûr l'extraction simple. L'opération devient plus longue, plus douloureuse, elle exige des instruments plus nombreux.

2° *Elle met le malade à l'abri des accidents immédiats et consécutifs.* On n'a point à craindre l'épanchement de sang dans la chambre antérieure ; la hernie de l'iris est aussi plus rare qu'avec l'iridectomie. D'un autre côté, cette section cornéenne présente un avantage considérable sur la section à grand lambeau. A mesure que l'humeur aqueuse se reproduit et refoule la cornée en avant, les deux lèvres tendent à s'affronter et à se réunir par première intention. Dans la section à grand lambeau, au contraire, la plaie a de la tendance à rester béante. Le lambeau mal nourri suppure en partie et se sphacèle. Dans les cas les plus graves, toutes les membranes de l'œil sont envahies et la panophthalmie arrive. Cette suppuration du globe

(1) *Thèse pour le professorat.* Paris, 1850.
(2) *Thèse pour l'agrégation.* Paris, 1823.
(3) *La Clinica*, 1875.

dans sa totalité a toujours été la pierre d'achoppement de la méthode d'extraction. Elle a donné anciennement un grand nombre de partisans à l'abaissement, et, malheureusement, la grande habileté opératoire est impuissante à conjurer un tel danger. Les meilleures statistiques de l'opération à grand lambeau ont toujours compté 10 p. 100 d'insuccès par phlegmon du globe de l'œil. Les faits publiés jusqu'à ce jour démontrent que l'incision linéaire met beaucoup mieux à l'abri de ces accidents.

Quant à l'emploi ou à la suppression de l'iridectomie, je vous ai déjà dit, Messieurs, que la question n'était pas entièrement jugée. Cependant, pour mon compte, je n'ai pas encore eu à me repentir de l'avoir abandonnée.

Jusque-là je ne vous ai parlé que des avantages de l'extraction linéaire sans iridectomie. Il faut bien avouer cependant qu'elle présente dans son exécution des difficultés qu'il est absolument nécessaire de diminuer.

La section de la cornée pratiquée avec le couteau ordinaire de de Graefe exige un mouvement de scie pendant lequel l'humeur aqueuse s'écoule le plus souvent, ce qui rend difficile la fin de l'opération.

L'iris se précipite en avant, vient faire hernie dans la plaie cornéenne et s'y enclave. Très-souvent, il se trouve en rapport avec le tranchant du couteau et est blessé. Je n'ai pas besoin de vous dire que la section et surtout la piqûre de l'iris expose à des iritis, toujours graves à la suite de l'opération de la cataracte.

Les praticiens expérimentés réussiront le plus souvent à éviter ces écueils, mais ceux qui sont moins exercés rencontreront là des difficultés réelles.

Il y a longtemps, Messieurs, que je m'étais proposé de les tourner; je crois avoir à peu près réussi. Les instruments que je vous ai présentés ont été construits pour remplir trois conditions:

1° Mettre la face antérieure de l'iris à l'abri du tranchant du couteau;

2° Rendre impossible l'issue de l'humeur aqueuse pendant la ponction et la contre-ponction;

3° Supprimer le mouvement de scie tout en permettant de tailler un petit lambeau.

Pour répondre aux deux premières, nous avons fait construire une aiguille destinée à faire la ponction et la contre-ponction (voyez fig. 21). Son extrémité pointue se termine en fer de lance. Sa tige est pourvue d'un arrêt du côté opposé. Une rainure est creusée dans toute sa longueur. L'extrémité de la pointe doit dépasser de 2 millimètres au moins le bord de la cornée. Un millimètre appartient à la pointe lancéolée, un autre à l'extrémité libre de la rainure. Du côté de celle-ci une petite croix parfaitement visible est gravée sur le manche de l'instrument. Elle montre à l'opérateur de quel côté se trouve la rainure, et lui évite toute recherche. Pour n'être pas gêné dans l'introduction on peut au besoin couder l'instrument du côté du manche.

Fig. 21. — Aiguille conductrice.

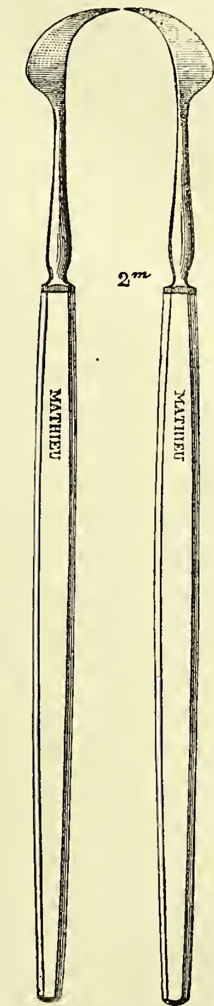


Fig. 22. — Couteau curviligne pour la section de la cornée.

Le couteau est assez semblable à celui dont M. Jaeger se sert sans conducteur. Il est taillé en biseau et courbe sur le plat. Sa

lame présente une forme intermédiaire entre celle du couteau droit de de Graefe et celle du couteau triangulaire de Beer (voyez fig. 22). Le bord inférieur qui doit s'engager dans la rainure est rectiligne; le bord supérieur, bien qu'un peu allongé, est au contraire convexe en approchant du manche. C'est lui qui est tranchant et coupe la cornée. Le bord inférieur du couteau doit dépasser de $0^m,002$ le grand diamètre de cette membrane. Des deux faces de l'instrument, l'une est concave, l'autre convexe; la première regarde en avant, et c'est sur son degré de concavité qu'est fondé le mode d'action de l'instrument. Cette concavité de la face supérieure de la lame doit être en rapport avec celle de la face postérieure de la cornée; de même que la convexité de la face inférieure correspond à celle de la face antérieure de la cornée. Cette lame forme avec la tige et le manche qui la soutiennent un angle obtus du côté du bord tranchant. Le manche est prismatique et présente comme celui de l'aiguille de petites croix dont je vous ai déjà indiqué l'usage. De cette façon, la courbure du lambeau est déterminée d'avance. Voyons, Messieurs, comment nous pourrons remplir nos diverses indications si nous voulons faire la kératotomie inférieure, par exemple :

1° Nous avons abandonné l'usage du blépharostat qui prend son point d'appui sur le globe de l'œil. Il nous paraît toujours désavantageux, quel que soit le procédé employé. — Au moyen du rétracteur ordinaire, un aide maintient la paupière supérieure élevée; un autre, placé sur les côtés du malade, écarte de même la paupière inférieure. — Un troisième aide, bien exercé, saisit avec la pince ordinaire un pli de la conjonctive à $0^m,0025$ environ du bord interne de la cornée. Il est indispensable que la pince soit très-bien construite. Si le ressort était trop lâche, elle s'ouvrirait d'elle-même; s'il était trop dur, elle serait fort difficile à enlever après l'opération;

2° Ces précautions prises, on introduit l'aiguille, en la saisissant comme une plume à écrire au moyen des trois premiers doigts, l'auriculaire prenant son point d'appui sur la pommette correspondante;

3° La pointe du couteau est engagée dans la rainure de l'aiguille introduite à l'avance. Elle est dirigée de manière à ce qu'elle y glisse sans difficulté, tandis que le bord tranchant taille son petit lambeau. Il suffit, pour faire la section, de le pousser directement comme dans le procédé à grand lambeau. Le mouvement de scie disparaît; l'humeur aqueuse ne s'écoule plus pendant la ponction et la contre-punction, parce que les ouvertures faites par l'aiguille sont punctiformes et beaucoup trop petites pour donner passage au liquide. Elles sont d'ailleurs obturées par l'aiguille elle-même.

L'iris ne peut plus être blessé par la pointe du couteau, puisque celle-ci chemine constamment dans la rainure. De la sorte, Messieurs, nos indications se trouvent parfaitement remplies. On peut tailler dans la cornée un petit lambeau sans avoir à redouter aucun des inconvénients auxquels expose l'usage du couteau de de Graefe.

Ce principe de la section de la cornée en deux temps et sur conducteur n'a encore été appliqué jusqu'ici que je sache par personne dans les cas d'extraction pure et simple; toutefois, Pourfour du Petit avait mis en usage une aiguille *rainée* absolument semblable à celle que je viens de vous montrer pour extraire un cristallin luxé dans la chambre antérieure.

L'instrument lui servit à deux fins : 1° à embrocher le cristallin et à le fixer près de la limite de la cornée et de l'iris; 2° à conduire la lancette avec laquelle il coupa la cornée.

Quant au couteau, nous avions essayé tout d'abord de le faire un peu moins large et de l'employer sans conducteur; la section était difficile, la manœuvre peu commode; il n'avait ni les avantages du couteau triangulaire ni ceux du couteau droit. Nous y avions renoncé depuis longtemps lorsque nous eûmes l'idée de recourir à l'aiguille rainée. Avec elle, l'usage du couteau est rendu simple et facile. J'espère, Messieurs, que ces instruments pourront rendre de véritables services à ceux

d'entre vous qui n'auront ni le temps ni l'occasion de faire une étude spéciale de la chirurgie oculaire. J'espère qu'ils vous donneront cette confiance en vous-mêmes, nécessaire pour pratiquer avec de grandes chances de succès l'extraction de la cataracte.

ONZIÈME LEÇON

DES CALCULS VÉSICAUX DES ADOLESCENTS

MESSIEURS,

Les deux époques extrêmes de la vie sont celles dans lesquelles se développent de préférence les calculs. Sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, il existe une frappante ressemblance entre la pathologie des enfants et celle des vieillards. Encore ne doit-on pas oublier que dans l'échelle de fréquence, c'est le jeune âge qui vient en première ligne. Sur 1256 calculeux, Proust a trouvé 300 enfants de moins de 10 ans. La proportion donnée par Gross, de Philadelphie, est de 2334 enfants de même âge sur 6042 cas (1). A partir de 10 ans, le nombre des calculeux décroît sensiblement jusqu'à 14 ans, puis la maladie devient tout à fait rare. Nous avons eu cette année, comme vous avez pu le voir, deux fois l'occasion d'opérer des jeunes gens pour des calculs volumineux de la vessie. Il me paraît bon, Messieurs, de rapprocher ces deux cas l'un de l'autre et d'étudier, en me servant des données qu'ils nous fourniront, les calculs de l'adolescence et de la jeunesse en général. La chose sera d'autant plus facile que malgré les simi-

(1) Voy. Giraldès, *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants*.

litudes nombreuses qu'elles présentent, ces deux observations diffèrent assez pour vous donner une idée parfaitement exacte des deux origines les plus communes des calculs des adolescents. Nous vous rapporterons d'abord, en suivant l'ordre chronologique, l'observation du malade opéré au mois de mars dernier.

OBSERVATION XII

X...., âgé de dix-sept ans, exerçant la profession de cordonnier, est entré à l'hôpital le 10 mars 1875. Jamais pendant son enfance il n'a souffert de coliques néphrétiques ni d'incontinence d'urine; c'est à l'âge de quinze ans seulement qu'il commença d'éprouver quelques douleurs pendant la miction. — Lorsque l'urine cessait de couler, ces douleurs étaient beaucoup plus vives qu'au début; elles disparaissaient en partie dans l'état de réplétion de la vessie. Deux ou trois mois plus tard, survint un nouveau phénomène, l'interruption du jet. Au milieu d'une miction, un peu de douleur se faisait sentir et l'urine s'arrêtait brusquement. Pour en rétablir le cours, le malade était obligé d'exercer avec la main une pression énergique sur l'hypogastre ou de changer brusquement de position. Depuis quinze mois, son état est devenu insupportable; les douleurs ont augmenté et il est survenu de l'incontinence d'urine. Ce phénomène est bientôt devenu constant, et aujourd'hui le liquide s'écoule aussi bien dans le décubitus dorsal que dans la station verticale. Afin d'éviter que son linge et ses habits soient imprégnés et ne répandent l'odeur urineuse, le malade est obligé de porter toujours entre les cuisses un petit vase qu'il vide de temps en temps. Les téguments du voisinage, irrités par le contact permanent de l'urine, rouges, érythémateux, sont le siége d'un prurit insupportable. Pendant l'intervalle des mictions, il ressent dans toute la région périnéale une vague pesanteur; il est tourmenté par un besoin constant d'uriner, fait des efforts qui le fatiguent en pure perte.

Outre ces troubles fonctionnels, nous constatâmes à son entrée dans nos salles les symptômes physiques suivants :

Verge volumineuse, et dans cet état particulier de semi-turgescence que je vous ai désigné à différentes reprises par le nom d'*érection molle*. C'est là l'indice assuré que le pénis a subi des malaxations fréquentes. La *palpation hypogastrique* ne fournit aucun renseignement. Par le *toucher rectal*, on trouve une masse solide volumineuse absolument immobile, qu'un premier examen permettrait aisément de prendre pour la prostate hypertrophiée et indurée. Toutefois, en pratiquant en même temps le cathétérisme et le toucher rectal, on trouve la glande de volume peu considérable séparée de la

masse en question par une sorte de sillon bien appréciable. La mensuration de l'urèthre montre que la seconde tumeur est dans le bas-fond de la vessie elle-même. L'urine contient un peu de pus.

L'état général est assez bon. Le malade autrefois robuste est aujourd'hui débilité.

Nous nous trouvions en présence de deux hypothèses. Nous avions affaire ou à un calcul de la prostate prolongé dans la vessie ou à un calcul vésical étroitement adhérent à la muqueuse et s'étendant jusque dans l'urèthre. Je vous fis remarquer alors que la seconde supposition était la seule admissible. J'ajoutai même qu'il était fort probable que le calcul en question avait pour noyau un corps étranger.

Nous pratiquâmes la taille par la méthode prérectale. Un calcul volumineux, friable occupait le bas-fond de la vessie, s'engageait dans le col dont il empêchait l'obturation régulière et se prolongeait jusque dans l'urèthre. Plusieurs fragments furent détachés sans difficulté avec les doigts. Un autre, dur et très-volumineux, adhérait fortement à la muqueuse et ne put être attiré au dehors qu'avec beaucoup de peine. Nous en fîmes minutieusement devant vous la coupe médiane, et nous vîmes sans surprise qu'il avait pour noyau un *fétu de paille* libre par une de ses extrémités (voyez fig. 23). Celle-ci avait entraîné un très-petit lambeau de la muqueuse vésicale. Elle paraissait avoir servi de moyen de fixité au calcul. Les fragments, soigneusement réunis et desséchés, furent pesés. Leur poids, y compris le corps étranger, était de 40 grammes.



Fig. 23. — Calcul vésical à noyau formé par un fétu de paille. (*De notre collection.*)

L'analyse chimique faite par M. Daudin, interne en pharmacie du service, a montré qu'il était formé en grande partie de phosphate de chaux et contenait une faible proportion d'acide urique, de phosphate ammoniaco-magnésien, d'urate de potasse et de carbonate de chaux.

Pendant les premiers temps, tout alla bien; malheureusement, le 22 mars, dix jours après l'opération, survint un premier frisson, et, deux jours plus tard, le malade mourut d'infection purulente.

Cette observation présente plusieurs points du plus grand intérêt :

1° *La position du calcul.* — Comme je vous le disais, on avait cru un instant avoir affaire à un calcul prostatique. Le

premier examen, fait lors de l'entrée du malade dans le service, confirmait d'autant mieux ce diagnostic que la portion du calcul occupant le bas-fond de la vessie avait été prise pour la glande elle-même.

2° *Sa composition.* — Les calculs ayant pour noyau un corps étranger sont plus communs chez la femme que chez l'homme. En examinant 545 calculs vésicaux appartenant aux deux sexes et à tous les âges de la vie, Robert Ultzmann en a trouvé 33 pour 100 dont le noyau était formé par un corps étranger (1). La plupart d'entre eux avaient sensiblement la même composition que celui que nous avons extrait, ils étaient formés en grande partie de phosphate de chaux

Je vais maintenant, Messieurs, vous rappeler l'observation de notre deuxième opéré.

OBSERVATION XIII

Le 5 juin 1875 entra dans le service le nommé Georges Chemin, âgé de dix-huit ans.

Ce malade, qui arrive de province, avait dans la vessie un calcul assez volumineux, reconnu il y a quatre ans.

Dans son enfance, il aurait présenté à diverses reprises des symptômes manifestes de lithiase urinaire. A six ans environ, douleurs assez vives au niveau du méat à la fin de chaque miction. Parfois, l'expulsion des dernières gouttes d'urine était suivie d'un peu de sang. Dès cette époque, les urines étaient rouges, chargées, mais le jeune homme ne peut dire s'il y eut alors de la gravelle au fond du vase. Jusqu'à douze ans, la maladie ne fit pas de progrès sensibles. A cet âge, il aurait eu de violents accès de coliques néphrétiques. (Douleur extrêmement vive au voisinage de la partie supérieure de la colonne lombaire ; irradiations sur le parcours de l'urèthre gauche et vers le testicule, vomissements.) A la suite de chaque paroxysme, les urines contenaient une notable quantité de gravier. En même temps, les symptômes locaux du côté de la vessie sont devenus de plus en plus inquiétants. Sous l'influence d'un exercice un peu violent, ou simplement d'une longue course en voiture, par exemple, la région hypogastrique devenait le siége de douleurs intermittentes extrêmement vives. Le malade avait des envies fréquentes d'uriner, et, pour satisfaire ce besoin apparent, il se levait jusqu'à douze et quinze fois pendant la nuit. De temps en

(1) *Ueber Harnsteinbildung. Wiener Klinik*, mai 1875.

temps, le jet s'interrompait brusquement. Alors, les dernières gouttes étaient accompagnées d'un peu de sang. Le cathétérisme fut pratiqué lorsque l'enfant avait atteint l'âge de quatorze ans. On reconnut l'existence d'un calcul volumineux, mais on lui recommanda d'attendre jusqu'à dix-huit ans au moins pour se soumettre à une opération.

Au moment de l'entrée on trouve à peu près tous les symptômes fonctionnels déjà décrits : sentiment de cuisson et prurit au niveau du méat; douleurs hypogastriques provoquées par la pression ou les mouvements brusques; interruption momentanée du jet et un peu d'hématurie. Par le cathétérisme, on rencontre un calcul volumineux, très-mobile, dans la vessie. La prostate est saine et de volume normal. On interrogea soigneusement le jeune homme sans tirer aucun éclaircissement sur la nature et l'origine du calcul. Il est pâle, assez délicat, mais le regard est vif, l'aspect général de la face ne présente rien qui ressemble à cet état d'hébétude que nous avons trouvé chez le premier.

Le 7 juin nous fîmes trois tentatives de lithotritie, mais le calcul fuyait toujours sans avoir été entamé. Nous pensâmes alors qu'il était trop gros



Fig. 24. — Calcul à noyau de cystine. A. Aspect extérieur. B. Coupe. (Pièce conservée à notre musée de Saint-Louis.)

et trop dur pour que la lithotritie pût réussir et nous nous décidâmes à recourir à la taille.

Nous retirâmes deux calculs de même aspect physique. Ils avaient la forme d'un tétraèdre parfaitement régulier de 0^{m},035 d'arête (voy. fig. 24). Leur couleur rappelait assez bien celle de ces billes grises dont se servent les enfants. A l'intérieur, l'un d'eux était formé de couches superposées autour d'un petit noyau prismatique et noirâtre : l'examen microscopique contrôlé par l'analyse chimique nous démontra que ce noyau était formé de cystine et n'avait aucune trace de structure. La composition chimique du reste du calcul différait peu de ce que nous avons vu dans l'observation précédente ; il y avait une très-forte proportion de phosphate de chaux, un peu de phosphate ammoniaco-magnésien et une quantité appréciable d'acide urique.

Les suites de l'opération furent insignifiantes ; il y eut très-peu de fièvre, pas d'infiltration urineuse ; la plaie guérit en trois semaines, et le malade put quitter le service au bout d'un mois et demi.

Cette observation, Messieurs, renferme comme la précédente plusieurs faits dignes d'intérêt. La forme et la composition du calcul sont remarquables. Il est très-rare de rencontrer dans la vessie d'un même individu 2 calculs régulièrement prismatiques triangulaires et exactement pareils. On s'explique même difficilement comment une telle forme a pu se produire, étant donnée la nature du noyau primitif ; généralement, les calculs de cystine sont arrondis, et atteignent un faible volume. En revanche, il est facile de s'expliquer pourquoi la lithotritie n'a pu être menée à bonne fin. De quelque manière qu'on saisît le calcul, on ne pouvait comprendre la longueur tout entière de l'un de ses axes. Les mors de l'instrument appliqués sur des surfaces planes, lisses et très-dures, glissaient rapidement sur elles.

Si nous comparons ces deux observations l'une à l'autre, nous trouverons des différences essentielles. Chez le premier, les symptômes des calculs apparaissent brusquement lorsqu'il est âgé de quinze ans. En l'interrogeant avec le plus grand soin, il est impossible de trouver dans son enfance un seul phénomène que l'on puisse rattacher à la lithiase urinaire. Pas de coliques néphrétiques, pas de gravelle dans les urines, pas d'interruption du jet ni de douleur au niveau du méat. Chez le second, au contraire, tous ces symptômes ont existé à un très-haut degré. Lorsque, à l'âge de quatorze ans, son médecin reconnaît un calcul vésical, il a été amené nécessairement à ce diagnostic par l'examen raisonné des antécédents. Le cathétérisme n'a servi que pour contrôler et confirmer ce qu'avait déjà fait prévoir l'interrogation. L'état général est bon chez l'un et chez l'autre ; cependant, le premier présente plusieurs caractères que l'on ne rencontre guère que chez les jeunes gens adonnés à des habitudes vicieuses. Semi-turgescence de la verge, hébétude de la face, tristesse et sauvagerie ordinaires. Rien de semblable chez le second.

Le calcul du premier est fixe, immobile sur le bas-fond de la vessie; il a envoyé un prolongement dans l'urèthre et de cette façon a déterminé une incontinence permanente d'urine. Chez le second les calculs sont mobiles; aussitôt que les instruments explorateurs viennent les toucher, ils fuient, de sorte qu'il est impossible d'en apprécier exactement le volume. Il fut également impossible, à cause de la ressemblance parfaite de l'un et de l'autre, de dire s'il y avait plusieurs calculs.

J'ai rapproché à dessein ces deux observations, car elles me permettent de vous montrer les deux espèces de calculs que l'on trouve ordinairement dans l'adolescence et la jeunesse :

1° Les uns sont formés pendant l'enfance;

2° Les autres se sont développés autour d'un corps étranger.

L'étude des premiers rentre dans celle des calculs en général : je n'ai pas l'intention, Messieurs, d'aborder aujourd'hui un si vaste sujet. Je me bornerai à vous présenter quelques considérations qui découlent naturellement des deux observations que vous venez d'entendre et portant sur :

1° Le diagnostic différentiel des calculs de la prostate et des calculs vésicaux prolongés dans l'urèthre;

2° Le rapport qui existe entre les calculs de l'adolescence et de la jeunesse; et l'introduction volontaire de corps étrangers dans les voies urinaires ;

3° La meilleure méthode de traitement des gros calculs.

I. *Comment reconnaître un calcul vésical prolongé dans l'urèthre d'un calcul prostatique?* — Nous dûmes nous poser cette question chez notre premier malade. C'est qu'en effet la prostate est souvent, comme vous le savez, le siége de concrétions pierreuses de diverses natures.

M. le professeur Robin les divise en deux espèces :

1° Les calculs sont nombreux et très-petits, et tous les lobes de la glande sont envahis par cette espèce de gravelle;

2° Les calculs prostatiques sont isolés ou en petit nombre; ils acquièrent un volume qui égale quelquefois celui d'un gros œuf de poule (1).

(1) Voy. *Leçons sur les humeurs.*

On ne pouvait penser qu'à une production de ce dernier genre ; les premiers, en effet, ne se rencontrent guère que chez des hommes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine. Ils ne donnent jamais la sensation d'un corps dur, isolé, occupant une grande partie de la portion prostatique de l'urèthre, et faisant saillie dans la vessie.

Voyons donc sur quels signes particuliers nous avons pu établir notre diagnostic.

Devions-nous recourir au moyen préconisé par Civiale (1), introduire dans l'urèthre une grosse bougie molle pour étudier les empreintes laissées par le calcul à sa surface ? Ce moyen est excellent lorsque l'on se demande si l'on a affaire à un calcul ou à une tumeur de la région. Les traces laissées sur la bougie par un corps minéral sont plus inégales, plus à pic que celles que peut produire un tissu organisé. Mais dans le cas actuel, nous savions parfaitement qu'il s'agissait d'un calcul. Ces antécédents, les symptômes physiques et fonctionnels ne laissaient subsister aucun doute dans notre esprit. Nous devions déterminer seulement si c'était un calcul vésical prolongé dans l'urèthre, ou un calcul prostatique s'étendant jusque dans la vessie.

Nous nous contentâmes de mettre en usage les procédés d'exploration recommandés par Velpeau (2) : le toucher rectal et le cathétérisme employés à tour de rôle et simultanément.

Lors même qu'ils ont très-peu manifesté leur présence au dehors, les calculs de la prostate se reconnaissent par le toucher rectal. La glande est bosselée, dure, inflexible. Elle présente, sur sa surface, de nombreuses inégalités ; une légère pression avec le doigt qui pratique le toucher produit une douleur très-vive. Lorsque cette pression est exercée de bas en haut et d'arrière en avant, elle amène une sensation presque intolérable de déchirure. Si l'on passe une sonde dans l'urèthre à ce moment, on sent que le calcul est devenu beau-

(1) *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. III, p. 507.

(2) Art. CALCULS PROSTATIQUES, du *Dict.* en 30 volumes.

coup plus saillant qu'auparavant ; cette exploration est très-pénible pour le patient.

Chez le jeune homme en question, aucun de ces signes n'existait. La prostate avait sa consistance ordinaire, elle n'était pas sensible à la pression. Son volume était tel qu'on le trouve habituellement chez les jeunes gens de cet âge.

La masse pierreuse immobile et douloureuse que l'on avait prise tout d'abord pour la prostate elle-même, en était parfaitement distincte : il n'y avait pas à hésiter un instant, Messieurs, c'était bien un calcul vésical.

II. *Corps étrangers servant de noyau aux calculs de la vessie chez les jeunes gens.* — Les calculs dont le noyau est formé par un corps étranger se rencontrent à toutes les époques de la vie. Chez les femmes et surtout chez les jeunes filles, ils sont, comme je vous l'ai dit, beaucoup plus fréquents que dans l'autre sexe. Il existe des différences importantes entre ceux que l'on trouve dans la vessie des jeunes gens et ceux que l'on y rencontre à une période plus avancée de la vie. Ces derniers sont généralement introduits par des personnes qui souffrent de longue date de retrécissements uréthraux. Le plus souvent, c'est un fragment de sonde ou de bougie ; d'autres fois, les malades se sont servis de corps rigides ou flexibles qui se trouvaient à leur portée. Un bourgeois de Mons, tourmenté depuis longtemps par une rétention d'urine, emploie, au lieu de sonde, un épi de blé. L'objet lui échappe et devient le noyau d'un calcul (1). Un Suisse essaye de se sonder avec un tuyau de pipe qui se brise ; une portion pénètre dans la vessie et s'y incruste de sels calcaires (2). Nous ne citons que ces deux exemples parce que la plupart des autres leur ressemblent.

Chez les adolescents et chez les jeunes gens, l'introduction de corps étrangers dans la vessie est souvent le fait d'habitudes vicieuses. Déjà, l'année dernière, nous avons eu l'occasion de vous parler ici même d'un jeune homme qui mourut de péritonite aiguë, par suite d'une perforation de la vessie amenée par

(1) *Mém. de l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 340.
(2) Morands, *Traité de la taille*. Paris, 1870.

un manche de porte-plume introduit volontairement. Il ne faudrait pourtant pas croire que les corps lisses et arrondis aient le privilége d'être seuls introduits par l'urèthre. Un jeune homme de vingt et un ans, taillé plus tard par Trowbridge, avait eu recours à une tige de saule armée de sa fleur, elle lui échappa et resta dans la vessie (1). Un autre individu observé récemment par Weinlechner, avait pris une racine de persil (2). Les jeunes gens livrés à ces habitudes funestes, les poussent parfois jusqu'à la manie. Gabriel Galien, dont l'observation est rapportée dans l'ouvrage de Chopart, s'était à différentes reprises partagé le pénis en deux moitiés, au moyen d'un mauvais couteau ; plus tard, ce malheureux eut recours à une baguette de coudrier qui lui échappa, resta de longs mois dans la vessie et amena la formation d'un calcul (3).

Il est vrai que les tubes de caoutchouc, les bâtons de cire à cacheter (4), entrent pour une grande part dans la liste des corps étrangers qui ont servi de noyau aux calculs des adolescents.

C'est un tuyau de gomme élastique dans une observation de Lund, dont le sujet est un jeune homme de dix-sept ans (5) ; c'était un manche de pinceau chez un homme de vingt-cinq ans, et chez un adolescent de seize ans, traités plus tard par Van Buren (6). Dans presque tous ces cas, les choses se présentèrent de la même manière. L'introduction du corps étranger fut soigneusement dissimulée, et ce ne fut que longtemps après, lorsque l'incontinence d'urine, les hématuries, l'interruption du jet et parfois des douleurs insupportables ne laissaient plus de doute sur l'existence d'un calcul, qu'ils se sont décidés à recourir au chirurgien. A ce moment, ils font tous leurs efforts pour le tromper, et l'on n'arrive presque jamais à un aveu. Le jeune

(1) *Trowbridge, New-York medical Gazette*, 1853.
(2) *K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 14 mars 1875.
(3) *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1855.
(4) Jackson, *Transactions of the pathol. Soc.*, XX, p. 257.
(5) V. *Brit. med. Jour.*, 31, 1869.
(6) *New-York medical Times*, 1854.

homme qui fait le sujet de l'observation 16, interrogé avec soin, je dirai même avec persistance, a toujours nié, non-seulement toute espèce d'habitude vicieuse, mais encore l'introduction même involontaire d'un corps étranger dans la vessie. Gabriel Galien ne fit une confession complète que lorsque les douleurs furent devenues intolérables, et après être entré deux fois à l'hôpital de Carcassonne, et s'être énergiquement refusé à un examen de ses organes génito-urinaires.

En même temps que tous ces faits, vous vous rappelez la rareté des calculs dans l'adolescence ; je vous ai déjà cité les statistiques de Proust et de Gross ; celle de Civiale n'est pas moins concluante. Ainsi, tandis qu'il trouve 1936 calculeux âgés de moins de 10 ans, il en a rencontré seulement 943 de 10 à 20, 460 de 20 à 30. Nous sommes donc forcés, Messieurs, de rapprocher ces deux faits, que les *calculs* vésicaux sont relativement rares dans la jeunesse, tandis que c'est à cet âge que l'on trouve le plus fréquemment les corps étrangers volontairement introduits par l'urèthre dans la vessie de l'homme. Nous avons poussé un peu plus loin notre analyse et cherché à savoir au juste dans quelle proportion se rencontrent les calculs formés pendant l'enfance puis extraits dans la jeunesse, comme chez le malade de l'observation 17, et quel est le nombre des calculs formés seulement à partir de quatorze ans; malheureusement les matériaux nous ont fait défaut. Il ne nous est donc pas possible de vous dire exactement, lorsque vous aurez affaire à un calcul spontanément développé chez un adolescent de plus de quatorze ans, lorsqu'il nie toute espèce de catastrophe antérieure, combien de chances vous aurez en faveur d'un corps étranger formant le noyau du calcul. Malgré cela, vous devez toujours tenter de faire ce diagnostic, et assez souvent vous y réussirez si vous tenez compte de toutes les données que vous aurez sous la main. Je résume donc en quelques lignes ce que je viens de vous dire :

Un calcul s'est développé, pendant l'adolescence, chez un individu pâle dont l'air hébété, le prépuce allongé et flétri, le pénis en état permanent de semi-turgescence, annoncent des ha-

bitudes vicieuses, il y a de fortes chances que ce calcul ait un corps étranger pour noyau.

III. *Traitement des calculs de l'adolescence.* — Les remarques que je viens de vous faire se rapportent toutes à notre premier malade ; celles qui ont trait au traitement regardent aussi bien le second. Cependant, Messieurs, ici encore la similitude n'est point complète ; les deux cas ont, au contraire, présenté de notables différences.

Le premier malade avait une incontinence perpétuelle, il ne conservait même pas ses urines pendant le décubitus dorsal. Ce sont là de mauvais cas pour le chirurgien ; nous étions en droit de supposer qu'outre l'obstacle mécanique qui empêchait la fermeture parfaite du col, ce malade avait de la paralysie vésicale. Le calcul était volumineux, enchatonné, prolongé dans l'urèthre.

Chez le second, les circonstances étaient beaucoup plus favorables, les calculs étaient gros, sans doute, mais mobiles, le malade n'avait pas d'incontinence d'urine. Bien mieux, rien ne faisait supposer qu'un corps étranger eût pu être introduit dans la vessie.

Chez le premier, nous nous décidâmes immédiatement à recourir à la taille. Je donne dans ces cas la préférence au procédé de M. Nélaton (taille prérectale), je ne vous le décris point en détail; il me paraît pourtant bon d'attirer votre attention sur deux ou trois particularités. En même temps que je divise les parties molles, je fais comme toujours l'hémostase avec les pinces. Arrivé au second temps de l'opération, après avoir ponctionné la portion membraneuse de l'urèthre, je fais placer de chaque côté deux pinces hémostatiques qui servent de rétracteur, en même temps qu'elles arrêtent le sang.

Chez le premier malade, je ne fis point la lithotomie, j'introduisis le dilatateur de Dolbeau.

Cet ingénieux instrument a pourtant quelques inconvénients : il ne trace pas toujours une route suffisante, il déchire irrégulièrement les tissus, il réclame, plus encore que le lithotome, l'emploi de la lithotritie pour peu que le calcul soit volumi-

neux; heureusement que dans notre cas, il était assez friable pour qu'on pût le fragmenter avec les doigts. Toutes les portions furent enlevées sans peine, à l'exception d'une seule, celle qui contenait le corps étranger.

Malgré cela j'espérais trouver des avantages incontestables dans l'emploi du dilatateur. Je croyais qu'il exposait beaucoup moins que le lithotome à l'érysipèle et à l'infection purulente. La chose peut être vraie, en général.

Elle ne le fut pas dans notre cas.

A ce propos, je crois qu'il est bon de vous faire remarquer, Messieurs, que, contrairement à notre habitude, nous n'avions donné à cet opéré qu'une faible quantité d'alcool. Depuis le jour de la taille jusqu'au moment de sa mort, il n'en prit pas plus de 100 grammes en tout. Quoi qu'il en soit, nous sommes tout à fait persuadé qu'avec le même régime et dans les mêmes conditions, il eût guéri sans difficulté s'il eût été dans la ville.

Notre conduite envers le second malade fut tout à fait différente. Nous tentâmes d'abord la lithotritie; vous avez vu que l'insuccès de cette opération tint à deux causes tout à fait insolites : la dureté du calcul, sa forme tétraédrique. La taille prérectale fut pratiquée selon le procédé classique. Les bords de la plaie furent touchés dans les deux cas avec une compresse imbibée de perchlorure de fer. Les circonstances de température et de milieu n'étaient pas meilleures dans le second que dans le premier cas, cependant la guérison survint.

Chez le deuxième malade, la sortie des calculs fut assez laborieuse : si même ils eussent été un peu plus gros, il eût été bon d'avoir recours à la taille hypogastrique. Dans une leçon ultérieure, je vous exposerai comment et dans quels cas je la pratique.

DOUZIÈME LEÇON

DES TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES VOLUMINEUSES QUI SE DÉVELOPPENT DANS LES PARTIES MOLLES DE LA CUISSE

(Point de départ. — Diagnostic. — Traitement.)

Messieurs,

Vous avez certainement remarqué, dans notre salle des femmes, une malade qui porte à la partie supérieure de la cuisse gauche une tumeur énorme. Avant de vous rappeler son observation, je vous dirai quelques mots sur les tumeurs fibro-plastiques de la cuisse indépendantes de l'os.

Elles ne sont malheureusement pas rares. Nos observations personnelles nous ont démontré qu'elles se développent sur tous les points de la cuisse, mais qu'elles siégent de préférence dans le tiers inférieur, soit sur la face postérieure du membre et vers l'angle supérieur du creux poplité, soit sur la face antéro-interne, comme celle de notre malade actuelle. Déjà en 1870, nous en avions observé une au même point (voy. fig. 29). Velpeau (1), Houel (2), Robert (3), Chas-

(1) Voy. *Thèse* de Carera. Paris, 1855.
(2) *Soc. de chir.* (séance du 20 août 1856).
(3) *Eod. loc.*

saignac (1) ont opéré des tumeurs de cette nature ayant le même siége.

Je n'ai pas l'intention de discuter aujourd'hui la genèse et le développement histologique de ces sortes de productions. Je me bornerai, pour ce qui touche à leur anatomie pathologique, à déterminer leur point de départ au milieu des plans musculaires et aponévrotiques que l'on trouve dans la cuisse.

A ce point de vue, les sarcomes fasciculés de la région peuvent être divisés en trois espèces :

1° Sous-cutanés ;
2° Sous-musculaires et intermusculaires ;
3° Sus-périostiques.

I. *Sarcomes sous-cutanés.* — Ils contractent de bonne heure des adhérences avec la peau, ont peu de tendance à envahir les interstices musculaires et à gagner les parties profondes. Ils se développent, au contraire, vers la superficie, et s'ulcèrent de bonne heure. Si dans le cas actuel nous eussions eu affaire à cette variété, il est certain que la tumeur ne serait point arrivée à ce volume effrayant, et que la malade se serait décidée beaucoup plus tôt à réclamer l'intervention chirurgicale.

Vous nous avez vu souvent extirper sans difficulté, comme sans danger pour les malades, des tumeurs fibro-plastiques de cette espèce. Dans quelques cas, elles ne dépassaient pas le volume d'une noix. Il est très-rare qu'elles atteignent celui d'une grosse orange ou du poing. Un certain nombre de chirurgiens ont proposé de les enlever avec les caustiques ou la ligature, afin d'éviter aux malades une opération sanglante. Ces tentatives n'ont donné jusqu'ici que des résultats peu satisfaisants. Dans un cas extrêmement favorable (il s'agissait d'un sarcome pédiculé siégeant au-dessous de

(1) *Soc. de chir.* (23 décembre 1852).

l'aine droite), Rizzoli (1) pratiqua sans succès la ligature et dut se servir en dernier lieu de l'écraseur.

II. *Sarcomes sous-musculaires et intermusculaires.* — Ils naissent profondément sur les cloisons fibreuses de la région ; à mesure qu'ils grossissent, ils refoulent les muscles et les vaisseaux.

Ces tumeurs sont pour la plupart comme enchatonnées au milieu des masses charnues, amincies et étalées à leur surface. Elles gagnent lentement les téguments et s'ulcèrent tard ; les malades s'en inquiètent peu et ne consultent le plus souvent le chirurgien que quand leur volume égale ou dépasse celui d'une tête de fœtus à terme.

Heppner (2), Letiévant (3), Durham (4) ont également observé des exemples fort intéressants de sarcomes développés dans ces conditions et ayant suivi cette marche.

Nous en avons opéré qui avaient pris naissance sur la gaîne des vaisseaux fémoraux, et dans la suite s'étaient unis d'une façon tellement étroite avec eux qu'il était presque impossible d'enlever la tumeur sans les intéresser ; dans une observation rapportée par Demarquay (5), les choses s'étaient passées de la sorte.

III. *Sarcomes sus-périostiques.* — Rarement ils se développent vers la superficie. Le cas mentionné par Nobiling (6) représente leur mode d'évolution le plus fréquent : une énorme tumeur fibro-plastique, née dans le périoste, avait détruit successivement toutes les couches périphériques du fémur, et arrivée vers le canal médullaire elle l'avait suivi et comblé dans la plus grande partie de sa longueur. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer, Messieurs, que l'étude de ces cas rentre dans celle des tumeurs des os, et qu'aujourd'hui nous n'insisterons pas sur eux ; j'en viens donc à notre observation.

(1) *Rivista clinica di Bologna*, 1870, n° 6.
(2) *Petersburg. med. Zeitschr.*, XVII, 1870.
(3) *Lyon medical*, n° 26, même année.
(4) *Transact. of the pathol. Society*, XIX-V.
(5) *Gaz. des hôp.*, 1869, n° 63.
(6) V. *Bayer. aerztlich. Intelligenz-Blatt*, n° 19, 1869.

OBSERVATION XIV.

Au n° 61 de la salle Sainte-Marthe est couchée une malade de quarante-huit ans, entrée le 14 mars 1875.

A part une teinte particulière des téguments, sur laquelle nous reviendrons plus loin, et un léger degré d'amaigrissement, elle présente tous les caractères d'une bonne santé.

Pendant la station verticale, et surtout pendant la marche, elle se tient d'une façon particulière : le tronc est rejeté en arrière et du côté droit. On

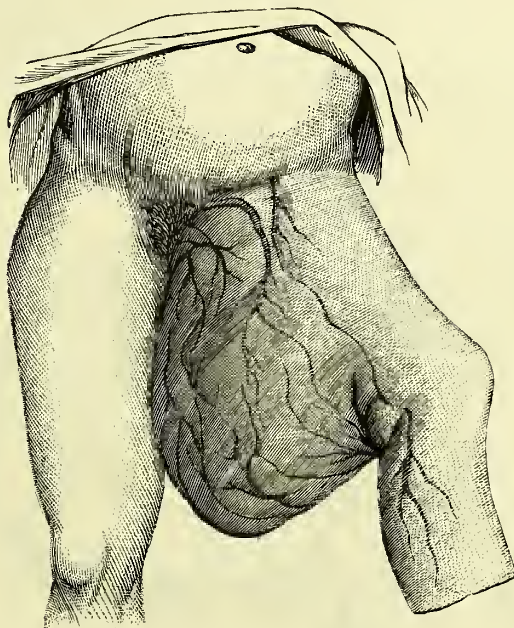


Fig. 25. — Cysto-sarcome de la cuisse chez une femme de quarante-huit ans (Le moule est conservé à notre musée de l'hôpital Saint-Louis.)

dirait qu'elle est obligée de faire de constants efforts pour soutenir un lourd fardeau solidement attaché sur le côté gauche du bassin ou de la cuisse. C'est en effet là l'explication de son attitude. Elle porte sur la face postérieure de la cuisse gauche une volumineuse tumeur, s'étendant du pli fessier au creux poplité; les deux faces interne et externe sont en partie envahies par le néoplasme ; la face antérieure seule est parfaitement libre. La demi-circonférence de cette tumeur, dans le sens vertical, mesure 82 centim. (voy. fig. 25).

La consistance est inégale : molle et fluctuante en certains endroits, elle

est dure et résistante en d'autres points. Il est facile de sentir un cloisonnement assez irrégulier; çà et là se rencontrent des bosselures, peu visibles d'ailleurs, et qui ne modifient pas sensiblement l'aspect général.

La peau qui la recouvre est saine, mais parcourue en tous sens par de grosses veines dilatées et sinueuses. Elle n'adhère point au tissu de la tumeur, si ce n'est vers sa circonférence. Nulle part on ne trouve les téguments ulcérés ou prêts à s'ulcérer. Toute la masse est absolument indolente, même à la pression ; elle paraît faire corps avec les muscles et les aponévroses.

Les ganglions lymphatiques de l'aine et du bassin ne sont point envahis. La circulation artérielle ne paraît pas sensiblement altérée dans le membre affecté. Dans la poplitée, la tibiale postérieure et la pédieuse, on constate des pulsations de même force et de même amplitude que du côté sain.

L'état général est bon. La malade présente même un certain embonpoint ; cependant la peau a une teinte spéciale difficile à caractériser. Ce

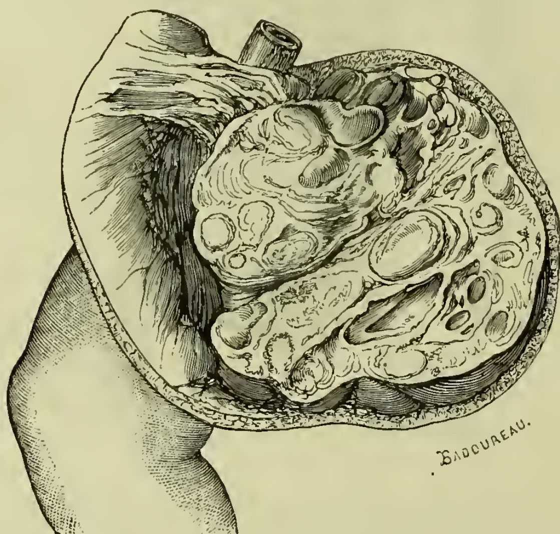


FIG. 26. — Coupe de la tumeur précédente. (*De notre collection.*)

n'est pas l'aspect blanc cireux des anémiques, encore moins la coloration jaune-paille des cancéreux, mais une sorte de ton intermédiaire établissant assez bien la transition de l'un à l'autre. A la face, l'aspect rouge des pommettes les fait ressortir davantage. Le cœur et les poumons sont parfaitement sains.

La tumeur a mis six ans pour arriver à ce volume énorme. Lorsque la malade la découvrit pour la première fois, elle n'était pas plus grosse

qu'une noisette. C'est à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la face interne de la cuisse que la tumeur aurait pris naissance. Elle était tout d'abord dure, libre sous les téguments, parfaitement indolente comme elle l'est toujours restée. Pendant quatre ans, le développement a été continu, mais uniforme et peu rapide ; depuis deux ans au contraire, elle est arrivée de la grosseur d'une orange à celle qu'elle présente maintenant.

(On pratiqua l'amputation de la cuisse le 18 mars. Les lambeaux furent taillés de dehors en dedans, le fémur fut scié à $0^m,02$ environ au-dessous du grand trochanter. On ne fit aucune ligature, mais des pinces hémostatiques furent appliquées sur les vaisseaux saignants et laissées quarante-huit heures en place. L'opération se passa très-bien. La malade alla bien pendant les premiers jours. Mais bientôt apparurent des petits frissons répétés. Rien ne put enrayer la marche de la septicémie qui l'enleva le sixième jour.)

Le poids total de la tumeur était de 16 kilogrammes. Recouverte par les muscles de la cuisse amincis et étalés à sa surface, elle présentait un grand nombre de cavités kystiques (voy. fig. 26) remplies de sérosité citrine et fluide dans quelques-unes, épaisse et gélatineuse dans d'autres. La trame avait une coloration assez uniforme d'un blanc nacré. Sa consistance était solide, partout égale, nulle part elle ne paraissait infiltrée de graisse. Toute la tumeur était fortement vascularisée. Au microscope, on trouva que c'était un sarcome fasciculé.

Je pourrais vous citer un grand nombre d'autres faits tirés de notre pratique, et dans lesquels les choses se sont passées de la sorte. Afin de ne pas fatiguer votre attention par une énumération trop longue, je me bornerai à vous rappeler une seule malade, que la plupart d'entre vous ont vue à notre consultation, et sur laquelle M. Gibat, l'un des externes du service, a recueilli une courte notice.

OBSERVATION XV

Madame G... est une personne de cinquante-trois ans, robuste et bien portante en apparence.

Il y a onze ans, cette malade crut s'apercevoir que sa cuisse gauche devenait plus grosse que la droite. Assez étonnée d'un tel fait, elle résolut de s'assurer s'il était bien exact, et pour cela mesura la circonférence de ses cuisses, à peu près à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur : elle trouva que la gauche surpassait la droite de $0^m,10$.

Depuis lors l'augmentation de volume du membre a été continue et régulière dans sa marche. Cette malade a suivi différents traitements, dont le dernier a consisté dans l'application d'un topique sur la tumeur et en bains généraux et locaux.

Plusieurs médecins lui ont conseillé de se faire opérer.

Elle se présente à la consultation dans l'état suivant :

Une tumeur énorme occupe la région postéro-interne de la cuisse gauche (voy. fig. 27); une ulcération large et ovale et accompagnée d'une cicatrice, se trouve à la partie interne. Le tout a été produit par un emplâtre caustique.

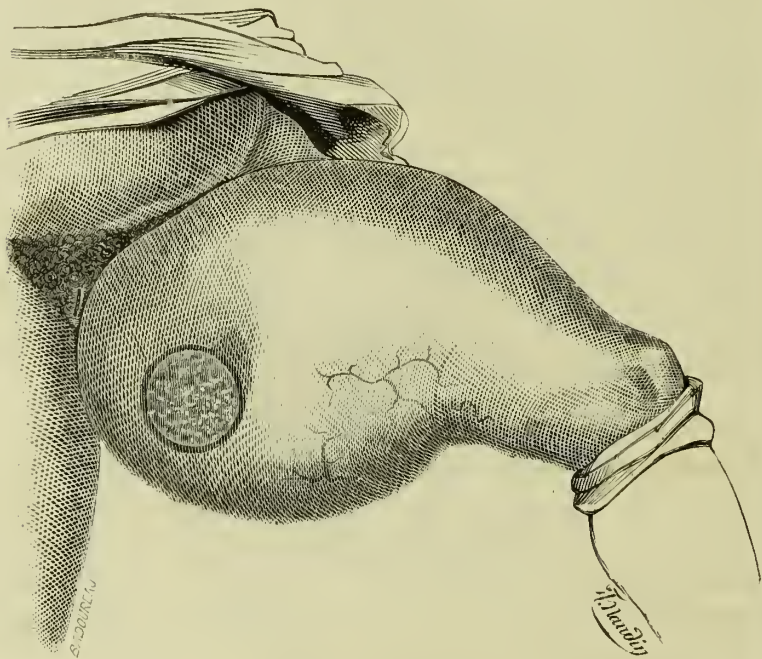


Fig. 27 — Grosse tumeur fibroïde des parties molles de la cuisse observée chez une femme de cinquante-trois ans. (*De notre collection.*)

La tumeur est partout d'une consistance égale et ferme. Elle adhère étroitement aux parties profondes, est absolument indolente, même au point ulcéré. La circonférence du membre est : $0^m,76$ au niveau de l'ulcération, $0^m,72$ au-dessous et $0^m,77$ au-dessus. De temps à autre, cette personne éprouve des douleurs fugitives, comme des éclairs dans le genou.

Elle venait à l'hôpital avec l'intention bien arrêtée de se faire enlever

sa tumeur, mais après que nous lui avons fait connaître sans détour toute la gravité d'une opération tentée dans de pareilles conditions, elle y a renoncé et est retournée dans sa famille; depuis lors (il y a deux mois environ) nous n'avons pas encore eu de ses nouvelles.

Nous nous trouvons, dans ces deux cas, en présence de *tumeurs énormes, bosselées, de consistance inégale dans leurs différents points, irrégulièrement cloisonnées, indolentes, sans grand retentissement sur la santé générale, ni tendance à l'ulcération.*

Je vous ai déjà dit, Messieurs, que je trouvais là tous les caractères des tumeurs fibro-plastiques. Je puis même ajouter, à propos de la première, qu'elle a pris naissance à la surface des cloisons fibreuses de la cuisse et se rattache par conséquent à la seconde variété dont je vous parlais en commençant.

Mais ce diagnostic demande une discussion plus longue et plus approfondie. Nous procéderons par élimination et nous vous montrerons successivement les caractères importants qui permettent de rejeter successivement toutes les tumeurs de la région auxquelles on aurait pu songer un instant.

I. *Diagnostic et pronostic.* — Par ordre de difficulté, nous devrons nous arrêter : 1° aux tumeurs éléphantiasiques; 2° aux fibro-lipomes ; 3° aux fibromes mous ; 4° aux tumeurs osseuses capables d'acquérir un grand volume et de venir faire saillie au dehors; 5° aux kystes hydatiques.

a. *Tumeurs éléphantiasiques.* — Si nous nous rappelons leur structure anatomique, nous pourrons en tirer aisément tous les éléments du diagnostic : le derme, les tissus musculaire, fibreux et adipeux y entrent pour une proportion presque égale, de sorte que leur consistance est sensiblement uniforme. Jamais elles ne se ramollissent partiellement, ni ne se creusent de cavités kystiques comme les tumeurs fibro-plastiques. Leurs limites sont bien moins nettes : c'est plutôt l'hypertrophie d'une portion du membre tendant à gagner la hanche ou la région fessière qu'une tumeur développée au sein des tissus normaux.

Ajoutons que la cuisse est rarement seule envahie par l'éléphantiasis. Dans les cas les plus fréquents, il débute par le pied, envahit la jambe et suit ainsi une marche graduellement ascendante. La dégénérescence éléphantiasique isolée est bien plus ordinaire au scrotum, au dos ou même à la face qu'à la cuisse.

b. *Fibro-lipomes.* — Le diagnostic n'est pas toujours facile. Nous le diviserons en deux parties : 1° *avant l'ablation de la tumeur;* 2° *à la coupe.* Dans le premier cas, on le tire de la consistance du volume et surtout de la marche.

Les tumeurs fibro-graisseuses sont plus molles, mieux lobulées, plus nettement cloisonnées que les sarcomes. Lorsque ces derniers sont parsemés de kystes superficiels, on trouve, comme vous pouvez le constater chez notre patiente, plusieurs points franchement fluctuants séparés les uns des autres par des espaces durs et fibroïdes. C'est là un caractère suffisant pour les distinguer des fibro-lipomes, quelle que soit leur mollesse.

La marche est également différente : le lipome se développe lentement et ne contracte que des adhérences insignifiantes. Le sarcome marche plus vite, et finit par contracter des adhérences étendues avec tous les organes de la région.

A la coupe, la confusion est facile. Certaines tumeurs fibro-plastiques, et ce ne sont pas les plus bénignes, contiennent tant de tissu graisseux qu'on les a souvent prises pour de simples fibro-lipomes. Une telle méprise est fâcheuse, surtout pour le pronostic. Qu'un chirurgien la commette, qu'il s'empresse de rassurer le malade et sa famille après l'ablation d'une tumeur de cette espèce, il verra trop souvent ses prévisions trompées et la récidive sur place arriver au bout d'un temps fort court. Il est donc extrêmement important, Messieurs, de bien connaître les caractères qu'un sarcome, même infiltré de graisse, présente à la coupe, car vous n'aurez pas toujours la ressource d'un examen microscopique presque immédiat. La trame nacrée dont la disposition particulière a donné son nom au sarcome fasciculé, ne ressemble guère aux minces cloisons aréolaires qui limitent les lobules du lipome.

Quand on rencontre quelques îlots adipeux mous, jaunâtres et friables au milieu d'une tumeur fibro-plastique, on reconnaît sans peine qu'ils sont égarés au milieu d'un tissu d'une autre nature, et que ce n'est point d'eux que le néoplasme tire son cachet particulier. Jamais on ne trouve l'aspect fondamental du lipome ou du fibro-lipome ; il suffit d'avoir vu plusieurs fois la coupe de l'un et de l'autre pour éviter la confusion.

c. *Fibromes.* — Ces tumeurs se développent avec une extrême lenteur, ne tendent point à envahir les parties molles avoisinantes. En général, elles restent petites et parfaitement isolées au milieu des muscles. Celles qui paraissent dégénérer et récidiver après une opération contiennent toutes une quantité plus ou moins grandes de cellules embryonnaires et se rattachent par conséquent aux tumeurs fibro-plastiques dont elles présentent tous les dangers.

d. *Tumeurs osseuses de grand volume tendant à faire saillie au dehors.* — Le diagnostic peut être fort difficile s'il s'agit d'un *sarcome* développé aux dépens du périoste. C'est surtout la profondeur des tumeurs osseuses et leur point de départ qui permettent de le faire. Pourtant il n'est pas rare de voir les sarcomes périostiques s'entourer d'une véritable coque osseuse et présenter, au moment où ils deviennent accessibles au doigt de l'explorateur, une partie des caractères d'une production osseuse. Cette particularité se rencontre surtout dans les sarcomes développés aux dépens des os plats ; ainsi Axel Key et Aman (1) l'ont vue sur l'os des iles, d'autres sur l'omoplate ; elle n'est pas sans exemple sur le fémur.

Dans tous les cas, on pourrait confondre ces tumeurs avec des ostéochondromes et des myéloplaxomes.

e. Les *chondromes* se développent très-rarement aux dépens du fémur ; ils affectent de préférence les os courts des extrémités. On peut les reconnaître à leurs bosselures, plus fermes, plus petites et plus nombreuses que celles des tumeurs fibro-plastiques ; de plus, on sent aisément en leur imprimant des

(1) Voy. *Nordiskt medicinkst Arkiv*, 1869.

moment de sa mort. Bien mieux, les vaisseaux volumineux qui sont à la surface donneront lieu à des hémorrhagies journalières qui rapprocheront d'autant le terme fatal. Si nous nous contentons du rôle de spectateur impassible, la malade est

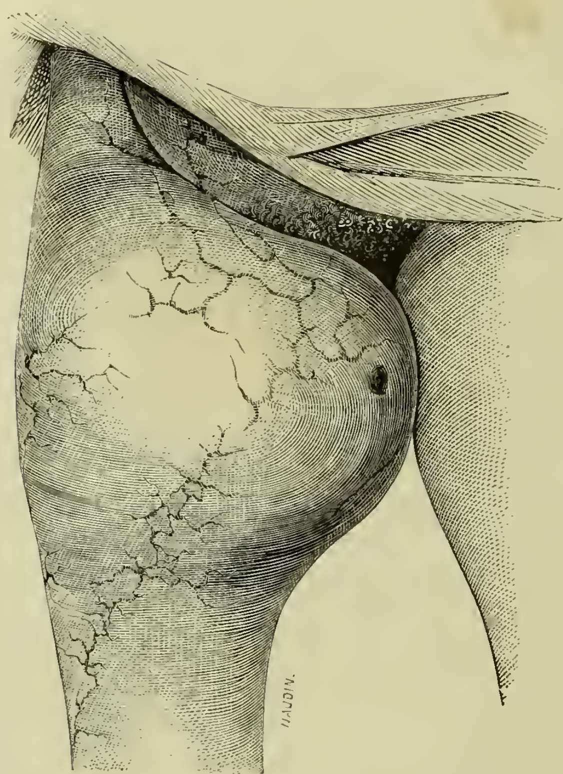


FIG. 28. — Tumeur fibro-plastique de la face antéro-interne de la cuisse observée en 1870. (*De notre collection.*)

certainement perdue. Mais, dira-t-on, le succès d'une opération est extrêmement aléatoire ! — Cela n'est pas douteux. Il est vrai que l'état général n'est pas trop mauvais, que les ganglions sont absolument intacts, et l'on peut encore espérer une guérison complète. La question doit donc être posée en ces termes :

Que doit-on faire en présence d'une malade vouée à une

mort certaine et très-proche, lorsque l'intervention offre des chances de la guérir radicalement ?

Je crois, Messieurs, que le chirurgien doit agir. C'est même un devoir pour lui de s'exposer à un insuccès, car il ménagera par là les dernières chances qui restent à la patiente. Il faut, comme nous l'avons fait, exposer nettement les dangers de l'opération, puis chercher par quel moyen on pourra intervenir avec le plus de sûreté et d'efficacité.

Par ce que j'ai vu jusqu'ici, je suis porté à me défier de l'usage des caustiques. En 1870, une femme d'une cinquantaine d'années m'était envoyée par un confrère de la ville ; elle avait à la cuisse une grosse tumeur dont j'ai gardé le dessin (voy. fig. 28). Cette tumeur avait été prise pour un kyste, et l'on concevait d'autant plus facilement une telle erreur que l'on ne trouvait point la dureté habituelle des sarcomes qui siégent au-dessous des adducteurs. J'ai appris depuis, par le confrère qui m'avait adressé la malade, qu'elle avait été traitée par les caustiques dans le service de M. Maisonneuve. Elle succomba aux progrès de la suppuration.

L'ablation pure et simple avec l'instrument tranchant est également contre-indiquée. Que penser, en effet, d'une plaie de *quatre-vingt-deux centimètres* de long au moins ? Est-il possible de disséquer la tumeur en coupant au fur et à mesure les parties molles qui lui adhèrent, les muscles, les vaisseaux, les aponévroses ? Il n'y faut pas songer, car le chirurgien serait fatalement forcé de faire une énorme perte de substance. La plaie serait anfractueuse, irrégulière, mal disposée pour l'écoulement du pus ; elle nous exposerait à des hémorrhagies difficiles à arrêter. — Même en prévision d'un succès complet tout à fait improbable, on ne conserverait à la malade qu'un membre dont la plupart des muscles auraient été lésés et qui ne pourrait lui rendre que peu de services comparés aux dangers propres de l'ablation, cet avantage est bien faible et certainement insuffisant pour influer sur notre détermination. Je crois, messieurs, qu'il vaut beaucoup mieux recourir à l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. C'est là une opération

grave sans doute, mais elle l'est beaucoup moins que l'ablation pure et simple. Après mûre réflexion, c'est à ce procédé que nous donnons la préférence, car c'est lui qui nous permettra le mieux d'éviter les difficultés sérieuses de l'ablation, c'est lui qui donnera à la malade les chances les plus nombreuses.

TREIZIÈME LEÇON

DE QUELQUES TUMEURS SOLIDES DE LA PAUME DE LA MAIN

(Lipomes. — Fibromes. — Sarcomes.)

MESSIEURS,

Je ne vous ai guère parlé juqu'ici des tumeurs de la paume de la main qu'à propos du diagnostic de diverses affections des synoviales tendineuses des fléchisseurs. Dans nos dernières séances, nous avons eu l'occasion d'enlever presque coup sur coup deux lipomes développés profondément au-dessous des muscles de la main. Vous comprendrez facilement que dans une région dont la structure est aussi complexe, les usages aussi variés, ces tumeurs offrent une physionomie spéciale qui donne à leur étude un véritable intérêt. Je pourrais, en me plaçant à ce point de vue, vous exposer quelques idées générales sur la pathologie de la main et tâcher de vous esquisser le tableau de ses principales affections. Mais le résumé le plus succinct réclamerait encore des développements qu'il est bien difficile de faire entrer dans une simple conférence clinique. Je me réserve d'y revenir. Je ne crois pourtant pas, Messieurs, qu'il soit nécessaire de restreindre strictement le sujet aux lipomes de la face palmaire. On trouve dans cette région des tu-

meurs fibro-graisseuses, fibreuses ou même fibro-plastiques que leur structure et leurs caractères physiques rapprochent sensiblement des lipomes. Dans un grand nombre de lipomes, la trame, au lieu de rester simplement celluleuse et aérolaire, devient dure, nacrée, fibroïde ou nettement fibreuse. Le fibrolipome ne diffère du fibrome pur que parce qu'il contient de plus que ce dernier quelques cellules adipeuses. La marche, les symptômes et le pronostic sont exactement les mêmes dans ces deux cas. Mais pour peu que quelques éléments embryonnaires se glissent en un point d'une de ces tumeurs, et la chose arrive fort souvent, on se trouve en présence d'une production qui résume celles dont je viens de vous parler. Que l'on se place au point de vue clinique purement ou histologique, il est donc bien difficile de les étudier isolément.

Nous trouverons dans nos observations plusieurs faits intéressants relatifs à l'âge où se développent les lipomes, à leur volume, à leur siége. Ainsi, l'un occupait le premier espace intermétacarpien, avait écarté les deux os qui le limitent et élargi la main dans le sens transversal; l'autre, situé profondément au-dessous de l'éminence hypothénar, la soulevait et la rendait plus saillante qu'à l'état normal; le premier malade était un enfant de trois ans et tout portait à croire que sa tumeur était congénitale; le second était un adulte de vingt-sept ans, chez lequel elle s'était développée depuis peu de temps. Je vous résumerai d'abord ces deux observations. Nous étudierons ensuite séparément les lipomes, les fibromes et les sarcomes, de façon qu'en rapprochant les matériaux que nous aurons rassemblés nous puissions arriver à faire le diagnostic différentiel des tumeurs solides de la paume de la main.

OBSERVATION XVI.

C....., âgé de trois ans, fut amené à la consultation du 30 avril 1875. Ses parents désiraient que l'on remédiât à une déformation particulière de la main droite qu'il avait, disaient-ils, toujours présentée mais qui devenait de plus en plus choquante à mesure que l'enfant grandissait.

En comparant les deux mains, on constate aisément que la droite est

sensiblement plus large que la gauche. Les deux premiers métacarpiens sont plus écartés vers leur extrémité inférieure que ceux du côté gauche. En outre, à la base de l'éminence thénar, à 5 centim. environ au-dessous et en dedans de la première articulation métacarpo-phalangienne, on aperçoit une petite saillie de forme peu déterminée.

Au toucher on constate qu'elle est formée par une tumeur profonde, pâteuse sans fluctuation manifeste, indépendante des parties molles qui glissent à sa surface ; indolente et sans battements.

Examinée par transparence, elle est opaque.

Je vous dirai tout à l'heure, en traitant du diagnostic en général, comment je fus amené à reconnaître que cette tumeur solide congénitale était un lipome.



Fig. 29. — Main déformé par un lipome profond du premier espace intermétacarpien. (*De notre collection.*)

Après avoir endormi l'enfant par le chloroforme, nous fîmes l'énucléation en prévenant comme toujours la perte de sang par la forcipressure. L'opéré ne resta pas dans nos salles, mais nous eûmes de ses nouvelles à des intervalles réguliers. Au bout de huit jours, la plaie était fermée, et le 10 juillet 1875 la déformation de la main est sensiblement corrigée.

Voici la seconde observation :

OBSERVATION XVII.

X....., âgé de vingt-sept ans, entre dans le service le 5 mai 1875, pour se faire enlever une tumeur de la main gauche. Elle s'est développée lentement, a été remarquée, pour la première fois par le malade, il y a une dizaine d'années; jamais elle n'a eu de tendance à s'enflammer, jamais elle n'est devenue spontanément douloureuse. Les seuls troubles fonctionnels qu'elle ait produits sont imputables à son volume et à sa situation:

elle siége au-dessous de l'éminence hypothénar qu'elle a déformée en totalité, fait une saillie d'environ $0^{m},02$ en arrière et en dehors du cinquième métacarpien. Du côté de la face palmaire, elle descend jusqu'au pli inférieur de la main, s'étend en largeur jusqu'à l'origine de l'éminence thénar et comble la dépression qui sépare les deux éminences.

Au toucher il est difficile d'acquérir des notions exactes sur la consistance de cette tumeur. Si l'on fait glisser transversalement les muscles de l'éminence hypothénar au-dessus d'elle, on obtient une fausse fluctuation assez embarrassante. Ce qu'on voit très-bien c'est qu'elle est sous-musculaire et indépendante des parties molles qui l'environnent.

La ponction exploratrice pratiquée par M. Zembicki, interne du service, ne nous fournit que des renseignements insuffisants. Elle aurait donné issue à quelques gouttes de sang, et l'on n'a pas pu apprécier, à sa simple vue, s'il était pur ou mélangé à du pus ou de la sérosité.

Étant donnés ces renseignements, je discutai longuement, comme dans le cas précédent, le diagnostic, et j'en arrivai à me prononcer en faveur *d'un lipome sous-musculaire* de l'éminence hypothénar. Cependant, Messieurs, malgré la grande probabilité de cette hypothèse, je ne voulus pas agir à la légère, et je pratiquai sur le bord cubital de la main une incision exploratrice afin de bien reconnaître avec le doigt la consistance et les connexions de la tumeur. Je vis alors que mon opinion était conforme à la vérité, et je me servis de l'incision un peu agrandie pour énucléer le lipome. Il avait le volume d'une mandarine, et formait une seule masse lobulée, dure, sillonnée de cloisons fibroïdes. La plaie guérit sans difficulté et le malade quitta le service au bout d'un mois.

Il nous faut à présent, Messieurs, étendre un peu cette étude des lipomes et voir s'ils se présentent toujours comme nous les ont montrés ces deux observations. Nous diviserons donc en trois parties, conformément à l'ordre que nous nous sommes proposé de suivre dès le début, ce qui nous reste à vous dire. Nous passerons ainsi en revue : 1° les tumeurs graisseuses ; 2° les tumeurs fibreuses et fibro-plastiques ; 3° le diagnostic différentiel des tumeurs solides de la paume de la main.

I. *Lipomes.* — Souvent ils sont congénitaux, comme chez l'enfant qui fait le sujet de notre observation XVI. Ils suivent dans leur développement une marche parallèle à celle des tissus normaux. A peine visibles au moment de la naissance, ils passent presque toujours inaperçus. Plus tard, leur volume

augmente sensiblement; ils déforment la main et finissent par attirer l'attention.

D'autres tumeurs graisseuses se montrent sans causes connues chez des jeunes gens ou des adultes. Jusqu'ici, on n'en a point rencontré chez les vieillards, à moins qu'ils ne les portassent depuis de longues années. Boinet (1) a enlevé un lipome de la main chez un homme de cinquante-trois ans; je ne crois pas qu'on en ait vu apparaître jusqu'ici chez des personnes d'un âge plus avancé.

Il m'est inutile de vous répéter ce que j'ai déjà eu tant de fois l'occasion de vous dire : que nous ne savons rien sur les causes déterminantes de ces tumeurs, si ce n'est que le traumatisme ne doit point être compté parmi elles; comparez le nombre des professions mécaniques exigeant un usage continuel des deux mains avec celui des lipomes qu'on y trouve et vous verrez du premier coup d'œil, Messieurs, qu'il ne peut pas exister le moindre rapport entre leur étiologie et celle des durillons professionnels.

Si la genèse des tumeurs graisseuses de la main est mal connue et ne fournit que des notions d'une utilité fort contestable, il en est tout autrement de leur anatomie pathologique. Vous ne serez point étonnés si nous nous arrêtons un instant à l'étudier, car elle nous expliquera toute la symptomatologie de la maladie.

Le siége est variable : tantôt les lipomes sont situés profondément sous l'aponévrose palmaire, et se développent en partie dans les intervalles des métacarpiens; tantôt ils prennent naissance au-dessous des muscles qui forment les éminences thénar et hypothénar. Lorsqu'ils ont acquis un certain volume, il est fort difficile de dire au juste dans quel point ils ont eu leur origine. Chez un malade opéré par Trélat, le lipome s'étendait à la fois au-dessous des deux saillies musculaires de la paume de la main et dans tout l'intervalle qui

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1866.



les sépare (1). Une autre tumeur de même nature, observée par Chassaignac, s'était plus particulièrement développée dans le sens vertical; elle avait suivi le canal radio-carpien en passant sous le ligament antérieur du carpe et faisait une double saillie dans la paume de la main et un peu au-dessous de l'articulation radio-carpienne (2). De la racine du pouce, un lipome enlevé par Pelletan avait gagné peu à peu la paume de la main et comblé la dépression qu'elle présente (3).

Ceux des espaces interosseux, gênés dans leur développement latéral, s'avancent surtout en avant et en arrière et déterminent sur la face dorsale de la main une saillie symétrique à celle de la face palmaire.

Un fait curieux à noter, c'est la profondeur de ces productions. Si l'on s'en fiait uniquement à l'étude anatomique de la région, tout porterait à croire qu'elles naissent au milieu du riche pannicule graisseux qui tapisse le derme et qu'elles sont le résultat d'une multiplication pure et simple des éléments qui le composent. Les faits sont en contradiction manifeste avec cette vue théorique. Les tumeurs graisseuses se développent ordinairement au-dessous des tendons des fléchisseurs, au voisinage des interosseux et du périoste.

Leur forme subit nécessairement des modifications tenant à leur siége et à leur volume. Les petits lipomes sont arrondis et réguliers; à une époque plus avancée, la forme change : les uns, comme celui du malade de Trélat, deviennent simplement bilobés; d'autres prennent des aspects singuliers rappelant soit une pyramide, un cœur, une pomme de terre. (Observation XVII.)

L'implantation est à peu près toujours la même, ou, pour mieux dire, elle n'existe point. On ne pourrait guère considérer comme un pédicule les adhérences irrégulières contractées par

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1862
(3) *Cliniques*. Paris, 1814.

l'enveloppe fibro-celluleuse de la tumeur avec les tissus voisins.

La consistance varie suivant que l'on a affaire à des lipomes en masse sans lobules ni prolongements ou à des lipomes en grappe. Les premiers sont toujours durs et résistants; les seconds, quel que soit d'ailleurs leur volume, sont mous et presque diffluents.

A la coupe le caractère change suivant la proportion du tissu adipeux et celle du tissu conjonctif qui forme les aréoles. Lorsque la tumeur est un fibro-lipome, comme celle qu'enleva Richet en 1867 (1), la graisse se présente sous forme de petits îlots d'un jaune rougeâtre disséminés au milieu d'une trame brillante et nacrée. Si le tissu adipeux l'emporte, les vaisseaux sont peu abondants, ils rampent à la surface des cloisons. Nous n'avons pas rencontré jusqu'ici de lipomes érectiles de la région palmaire; nous n'en avons jamais vu non plus altérer gravement les tendons, les nerfs ou les vaisseaux. Tous ceux que nous avons eu l'occasion d'enlever n'avaient imprimé à ces organes que de simples déviations.

Ces détails anatomiques ne peuvent malheureusement pas tous être constatés lorsque les lipomes sont en place; autrement le diagnostic serait d'une remarquable facilité.

A la vue on distingue dans la paume de la main une tuméfaction diffuse, parfois considérable, mais toujours sans limites précises. Robert a pu, dans un cas exceptionnel, mesurer le diamètre vertical et le diamètre horizontal d'un lipome qu'il allait enlever; le premier avait 9 centimètres et le second 5 (2). Il est vrai qu'il s'agissait d'une tumeur développée exceptionnellement dans le tissu sous-cutané, et très-superficielle. En règle générale, les limites sont beaucoup moins nettes, et la mensuration donnerait des résultats si peu certains qu'elle est inutile.

La peau finement vascularisée, s'il s'agit d'un lipome su-

(1) *Gazette des hôpitaux.*
(2) *Archives de thérapeutique*, 1844-45.

perficiel, est absolument normale quand la tumeur est profonde et nous savons que c'est le cas le plus ordinaire à la paume de la main.

Au toucher la sensation le plus souvent perçue est une fausse fluctuation qui, tantôt se rapproche de la vraie, tantôt n'est qu'un empâtement diffus, sans caractères définis.

Follin et Trélat ont signalé une sorte de frôlement, de crépitation rugueuse et prolongée qui surviendrait sous l'influence de la pression. On a dit depuis que c'était là un signe diagnostique de la plus haute valeur et presque constant dans les lipomes de la face palmaire (1).

Je vous ai parlé à plusieurs reprises de la crépitation que le chirurgien peut rencontrer à la main, et à propos de la face palmaire, je vous ai dit qu'elle indiquait très-souvent un kyste à grains hordéiformes. Mais je ne pense pas que le frôlement signalé dans quelques lipomes ait rien de pathognomonique. Nous l'avons recherché chez nos deux malades et nous ne l'avons pas rencontré. Si nous nous fussions basés sur son absence pour exclure le lipome de notre diagnostic, nous eussions commis une erreur dans les deux cas.

La gêne des mouvements et la douleur occasionnée par la compression sont les seuls symptômes fonctionnels. Les lipomes intermétacarpiens donnent parfois aux doigts des attitudes bizarres, surtout pendant l'extension. On a signalé une seule fois la luxation en arrière de la première et de la seconde phalange du pouce (Pelletan). Encore ne sait-on pas au juste si elle était attribuable au lipome, car le même malade avait une exostose ostéo-cartilagineuse sur la face interne de la phalange et tout près de son extrémité supérieure.

En résumé : les lipomes de la face palmaire sont des tumeurs ordinairement profondes dont les symptômes varient suivant qu'ils sont en grappe ou en masse. Le plus constant est une fausse fluctuation produite par le glissement des muscles à la surface. Ils peuvent acquérir un volume assez considérable;

(1) Polaillon, art. MAIN, *Pathologie*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*

n'amènent jamais que des troubles mécaniques dans la région : leur pronostic est sans gravité.

II. *Fibromes et sarcomes.* — Je crois, Messieurs, qu'il n'est pas toujours possible de séparer ces deux variétés aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue purement clinique. On a pourtant rencontré des *fibromes* purs de la paume de la main. MM. Robin et Lebert ont reconnu dans une petite tumeur de cette région un fibrome pur, vascularisé au centre (1). Déjà Janson et Lisfranc avaient rapporté des observations analogues, mais celles-ci ne présentent qu'un intérêt

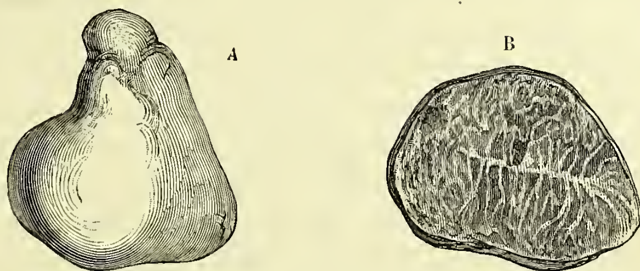


FIG. 30. — Fibrome de la paume de la main. (A. Aspect de la tumeur. B. Coupe.)

secondaire, l'examen microscopique faisant défaut. Nous croyons qu'il est absolument impossible, lorsqu'une tumeur n'est pas enlevée, de déclarer qu'elle est uniquement formée de tissu fibreux. Il serait même imprudent de pousser à l'extrême les conséquences logiques d'un tel diagnostic, car on s'exposerait à laisser en place une tumeur capable de se propager et d'amener la mort. Nous avons eu nous-même l'occasion d'enlever en ville un fibrome il y a quelques années. Il était profond, situé entre le troisième et le quatrième métacarpien et paraissait congénital. Sa consistance était extrêmement dure. Vous pouvez avoir une idée de sa forme et de sa coloration par le dessin que je fais passer sous vos yeux et qui le représente très-exactement (voy. fig. 30). L'examen microscopique fait par M. Ordoñez nous montra qu'il était formé de tissu fibreux pur. Les tumeurs

(1) Voy. *Bulletins de la Soc. anat.*

de même nature se sont à peu près toujours présentées sous cet aspect.

On trouve à la paume de la main des *sarcomes* de toutes les formes; mais le *sarcome fasciculé* est beaucoup plus fréquent que les autres. Il se développe profondément. Son point de départ ordinaire est la gaîne des tendons des fléchisseurs; de là il s'étend au milieu des tissus voisins avec lesquels il finit par contracter des adhérences. Quand on ne l'enlève pas à temps, il les détruit à la longue. Les os eux-mêmes ne sont point épargnés, et en présence d'un sarcome arrivé à une époque assez avancée de son développement, Wells se demanda un instant s'il n'avait point affaire à un enchondrome (1).

A leur début ils sont quelquefois reliés aux gaînes tendineuses par un large pédicule que plus tard il est impossible de retrouver. Leur volume ne devient pas aussi considérable que celui des lipomes : Hilton et Wordsworth en ont enlevé plusieurs gros à peu près comme des châtaignes. Leur forme est régulière, sans bosselures. Coulson a pourtant signalé la production de petites excroissances villeuses à la surface d'une de ces tumeurs (2). Ils changent de consistance suivant leur vascularité et la quantité de cellules embryonnaires qu'ils contiennent. Certaines tumeurs fibro-plastiques offrent pendant la vie les caractères de véritables angiomes. Dans un cas de cette nature, l'examen microscopique seul put montrer à Hilton qu'il avait eu affaire à une tumeur *récurrente fibroïde* (3).

A la coupe, leur aspect, sans s'éloigner jamais du type du sarcome fasciculé, présente des modifications suivant leur âge et leur siége. Tantôt ces tumeurs ont un aspect blanc mat, presque uniforme; leurs vaisseaux, très-peu abondants, forment une sorte de piqueté peu serré sur le fond; tantôt elles sont nacrées en certains points. La consistance est par places molle et comme gélatineuse. On a décrit anciennement un assez

(1) *Pathol. Soc. of London.* 6 janv. 1857.
(2) *The Lancet*, 1859.
(3) *Id.*, 1857.

grand nombre de tumeurs encephaloïdes développées dans l'épaisseur de la paume de la main (1); il est fort probable que beaucoup d'entre elles n'étaient autre chose que des sarcomes de cette espèce.

Nous avons dit, en parlant des lipomes, qu'ils apparaissent surtout dans la jeunesse et l'âge adulte; les fibro-sarcomes et les sarcomes se développent à tous les âges, dans la vieillesse comme à une autre époque de la vie. Il semble pourtant résulter des observations publiées jusqu'aujourd'hui que c'est chez des personnes de vingt-cinq à trente ans qu'on les rencontre surtout. Les uns grossissent peu à peu, deviennent superficiels et s'ulcèrent; les autres, restés pendant longtemps stationnaires, augmentent tout à coup de volume et obligent le chirurgien à intervenir. Chez le malade de Coulson, la tumeur passa presque inaperçue pendant cinq ans. En moins d'un an, elle acquit le volume d'une mandarine et devint douloureuse.

Leur pronostic est beaucoup plus grave que celui des lipomes: Des tumeurs qui paraissent presque exclusivement fibreuses peuvent se reproduire après l'ablation et même envahissent les ganglions. Wordsworth a vu une tumeur récurrente fibroïde de la paume de la main, enlevée avec le plus grand soin, récidiver au bout de deux mois avec invasion immédiate des ganglions de l'aisselle. La tumeur, enlevée par Coulson, se reproduisit trois fois sur place, et l'on fut obligé, pour sauver la vie du malade, de réséquer une partie du radius.

Les symptômes physiques et fonctionnels des sarcomes à leur début se rapprochent assez de ceux des lipomes. Comme eux, ils sont profonds, mobiles et indolents. Plus tard, les choses se dessinent : le sarcome devient dur, immobile et douloureux. Sans être aussi vives que celles du carcinome vrai; les douleurs inquiètent parfois les malades, les privent de sommeil et généralement les amènent à réclamer une opération qu'ils avaient jusqu'alors refusée. Plus tard, la peau s'amincit, change de couleur, et l'ulcération apparaît.

(1) Voy. Niet, *Bulletins de la Société anatomique*, 1837.

Comparée au lipome, la tumeur fibro-plastique en diffère par sa tendance à contracter des adhérences avec les parties voisines par sa dureté, sa marche envahissante et surtout la gravité de son pronostic.

III. *Diagnostic différentiel des tumeurs solides de la paume de la main.* — Maintenant, Messieurs, que nous connaissons toutes les particularités des tumeurs fibro-graisseuses, fibreuses et fibro-plastiques de la paume de la main, nous pouvons mettre à profit les notions que je viens de vous exposer et traiter la question du diagnostic différentiel.

Elle en comprend deux autres que nous énoncerons de la sorte :

1° Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur de la face palmaire de la main, peut-on éliminer un certain nombre de productions et limiter son diagnostic à celle que nous venons d'étudier?

2° Est-il possible de préciser davantage et de dire à laquelle de ces trois tumeurs on peut avoir affaire?

Pour résoudre la première de ces deux questions, nous examinerons alternativement les tumeurs *liquides* et les tumeurs *solides* de la paume de la main qui présentent une certaine analogie avec celles dont nous nous occupons.

A. *Tumeurs liquides.* — Les collections purulentes enkystées, les kystes synoviaux de la gaîne des fléchisseurs, les kystes séreux et hydatiques, les angiomes, offrent tous plusieurs traits de ressemblance avec les tumeurs graisseuses, fibreuses et fibro-plastiques.

Toutes n'ont pas la même fréquence : les kystes des gaînes tendineuses se rencontrent très-souvent à la paume de la main; on n'y trouve presque jamais de kystes séreux ou hydatiques. Il en est de même pour les collections purulentes ; les unes, celles qui proviennent d'une carie ou d'une nécrose des métacarpiens, sont fréquentes. On n'a pas d'exemple jusqu'ici d'abcès froids idiopathiques de la région.

1° Les *collections purulentes enkystées.* Je n'insiste pas sur les abcès chauds, toujours faciles à reconnaître. Les abcès

froids idiopathiques sont rares et ne peuvent guère tromper le chirurgien. Quant à ceux qui sont symptomatiques d'une affection du squelette de la main, on n'a le plus souvent aucune difficulté à retrouver leur origine osseuse. Si un ou deux os sont augmentés de volume, si les téguments sont amincis, vascularisés, s'il y a de l'œdème remontant jusque sur la face dorsale de la main, tout porte à croire que l'on a bien affaire à un abcès de cette nature. L'affection osseuse n'est presque jamais restée indolente; jusqu'au moment où il s'est produit elle a donné lieu à des douleurs revenant à intervalles irréguliers et accompagnées des poussées inflammatoires du côté des téguments. En outre, la collection purulente, au lieu de s'enkyster et de rester stationnaire, se fait jour d'elle-même. Un ou deux trajets fistuleux s'établissent et permettent de pratiquer une exploration sérieuse avec le stylet. A ce moment, la confusion n'est plus possible. Par leur marche, par leur peu de tendance à s'enkyster, par la facilité avec laquelle ils produisent des fistules, les abcès ossifluents de la région palmaire se distinguent essentiellement des autres tumeurs molles qu'on y trouve.

2° Les *kystes synoviaux* des gaînes tendineuses forment des tumeurs siégeant au niveau de la racine des trois derniers doigts lorsqu'ils occupent la gaîne du fléchisseur commun, à la base de l'index quand ils se sont développés dans la gaîne de son fléchisseur propre. Ils remontent verticalement vers le poignet, ne s'étendent presque jamais au-dessous des éminences thénar ou hypothénar. Ce sont des tumeurs légèrement réductibles, surtout de bas en haut. Certaines d'entre elles sont doubles ou plutôt en bissac, de sorte qu'une partie fait saillie au-dessus du ligament antérieur du carpe. D'autres sont surmontées de bosselures irrégulières, correspondant aux points où la gaîne, inégalement résistante, s'est le plus distendue.

Les kystes à grains hordéiformes présentent avec les caractères précédents un signe qui leur est propre : lorsqu'on exerce à la surface une pression un peu sensible, soit pour provoquer la fluctuation, soit pour les réduire en partie, on entend une

sorte de frémissement particulier qu'il est difficile de comparer à aucun autre bruit. Il ne ressemble point, comme on l'a dit, au froissement de la soie, encore moins à celui des grains d'amidon. Ceux d'entre vous qui ont suivi ces leçons depuis le commencement de l'année l'ont entendu bien souvent. Il est pathognomonique. Une tumeur qui présente ce caractère est, à n'en pas douter, un kyste à grains riziformes.

3° Les *kystes séreux non synoviaux* et les *kystes hydatiques* donnent lieu aux mêmes considérations que les abcès froids idiopathiques. Jusqu'ici, on n'a point eu l'occasion d'en voir à la paume de la main. Il serait impossible, dans le cas où ces tumeurs seraient profondes, de le reconnaître autrement que par une ponction ou une incision exploratrice ; car, si la poche était distendue, leur fluctuation ressemblerait à s'y méprendre à la fausse fluctuation des lipomes.

4° Les *angiomes* sont parfois difficiles à distinguer des sarcomes. Nous savons que quelques-uns de ces derniers sont très-vasculaires et prennent par moments le caractère érectile ; le diagnostic à la coupe, et, à plus forte raison pendant qu'ils sont en place, est alors absolument impossible ; le microscope seul montre si la trame est purement conjonctive ou formée en grande partie de cellules embryonnaires.

Il est en revanche très-facile de distinguer l'angiome du lipome ou de la tumeur fibro-plastique lorsque ces productions n'offrent pas le caractère érectile. La réductibilité, la coloration, les battements, la dilatation des veines du voisinage, se rencontrent uniquement dans les tumeurs érectiles et les rendent toujours reconnaissables.

B. *Tumeurs solides.* — Les enchondromes et les carcinomes sont les seules qui puissent prêter à la confusion.

1° Les *ostéochondromes* sont plus durs que les lipomes ou les sarcomes, ils adhèrent étroitement aux os, ne présentent pas la fausse fluctuation des lipomes, ont des limites plus nettes et sont pédiculés. Lorsque leur volume est un peu considérable, tous ces caractères deviennent évidents. A leur début seulement, quand ils sont encore dissimulés au-dessous des parties molles,

ils sont très-difficiles à reconnaître; le diagnostic qui se fait au moyen de l'incision exploratrice permet de constater leur consistance et leur mode d'implantation.

2° Les *carcimones* peuvent, selon Bérard, « être pris facilement pour des lipomes (1) ». Comme ceux-ci, ils sont profonds, mal limités, et légèrement mobiles. Ils se développent aussi bien au-dessous des éminences que dans la dépression intermédiaire. Les douleurs lancinantes qu'ils déterminent, les bosselures qui les surmontent, servent beaucoup pour le diagnostic. Leur marche diffère essentiellement de celles des lipomes et des sarcomes. Ils gagnent rapidement la superficie, s'ulcèrent, se couvrent de gros bourgeons fongueux qui laissent suinter un écoulement ichoreux abondant. L'état général devient mauvais. A la suite d'un carcinome de la face palmaire de la main droite, Rombeau vit en moins de deux mois les ganglions de l'aisselle envahis et le malade mourir par le seul fait de la cachexie cancéreuse (2).

Vous pouvez juger par là combien il est important de faire le diagnostic de bonne heure et de ne pas se borner à l'expectation pour tout traitement. Si l'on attend trop pour agir, l'intervention devient inutile, et on laisse ainsi échapper, en temporisant hors de propos, la seule chance de salut qui reste au malade.

Je crois avoir résolu, Messieurs, la première question que je me posais en commençant. Vous pourrez toujours, soit par l'examen superficiel, soit en vous aidant de la ponction et au besoin d'une incision exploratrice, éliminer toutes les tumeurs que nous venons de passer en revue et limiter votre diagnostic au lipome, au fibrome ou au sarcome.

Si vous voulez pousser un peu plus loin cette analyse et distinguer ces tumeurs entre elles, en un mot résoudre notre seconde question, vous rencontrerez là de très-grandes difficultés. Le volume, le siége, la consistance, sont souvent les mêmes dans les deux cas. Cependant, Messieurs, les lipomes

(1) Art. MAIN, *Pathol.*, in *Dict.* en 30 volumes.
(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1852.

en grappes, mal limités, presque fluctuants, sans grandes adhérences avec les tissus placés au-dessus, ne ressemblent guère aux fibromes et aux fibro-sarcomes. Si de plus la tumeur est congénitale ou développée chez un enfant, vous pouvez presque affirmer sa nature adipeuse; quant au contraire il s'agit d'une tumeur de petit volume, qui, après être restée pendant longtemps dans le même état, prend tout à coup un accroissement inattendu, devient douloureuse, et semble faire corps avec le derme et les tendons, toutes les probabilités sont en faveur d'un sarcome.

C'est alors, Messieurs, qu'il faut intervenir avec promptitude. Je n'insiste pas sur ce point, car je vous ai si souvent parlé de la tumeur fibro-plastique et je vous ai mis tellement en garde contre les dangers qu'elle présente, malgré son apparente bénignité, que je ne ferais que me répéter inutilement.

D'ailleurs, l'intervention précoce est toujours bonne, même lorsqu'il s'agit d'un lipome. Dans d'autres régions, on le laisse en place sans plus s'en inquiéter; mais à la main, cette conduite n'est pas admissible, surtout lorsque le malade est obligé de gagner sa vie par un travail manuel. Puisque l'ablation est toujours indiquée, mieux vaut la faire quand la tumeur est peu développée. On épargne ainsi au patient la gène que lui cause sa présence; on a une opération moins laborieuse, une plaie de moindre étendue, et l'on se met en garde contre les dangers d'une tumeur maligne d'aspect et d'allures inusitées.

Le manuel opératoire est à peu près le même lorsqu'on enlève toutes ces tumeurs. Il faut toujours donner à l'incision la direction la plus favorable pour l'issue du néoplasme, c'est-à-dire la diriger parallèlement à son grand axe, l'énucléer avec le doigt et la spatule de peur de blesser les arcades palmaires; écarter les lèvres de l'incision avec les pinces qui, comme toujours, jouent le rôle de rétracteur en même temps qu'elles font l'hémostase.

QUATORZIÈME LEÇON

DES PRODUCTIONS POLYPOIDES DE L'OREILLE

Messieurs,

A l'une de mes dernières consultations, j'ai eu l'occasion de vous présenter une pauvre femme de cinquante-deux ans, à laquelle j'avais enlevé peu de temps auparavant une petite tumeur du conduit auditif externe. Je vous rappellerai bientôt les considérations fort intéressantes auxquelles ce cas a donné lieu. Je vous montrerai ensuite, en me servant de l'histoire même de la malade, combien il est difficile, malgré les renseignements précieux que nous fournit actuellement le microscope, de formuler le diagnostic et le pronostic de certaines tumeurs. Avant d'en arriver là je vais vous dire quelques mots sur les productions polypeuses de l'oreille, afin que vous puissez voir du premier coup d'œil dans quel groupe doit être placée la tumeur de cette malade.

Les anciens chirurgiens désignaient sous le nom de polypes, des tumeurs nées à l'intérieur d'une cavité tapissée par une muqueuse et offrant toutes à peu près les mêmes caractères physiques.

Il résultait de cette définition que tous les polypes observés dans le conduit auditif externe auraient pris naissance dans la

caisse du tympan. D'un autre côté, l'absence de toute base anatomo-pathologique permettait de réunir sous une même désignation des productions tout à fait différentes, comme les simples granulations inflammatoires et les cancers les plus graves. Aujourd'hui, Messieurs, nos connaissances plus précises nous permettront de diviser en deux grandes classes les productions polypoïdes de l'oreille :

1° Les polypes vrais;
2° Les polypes faux.

A la première appartiennent surtout deux variétés de tumeurs, les polypes muqueux, adénomes de quelques auteurs, et les polypes fibreux.

Nous rattacherons à la seconde les fongosités inflammatoires et les tumeurs de diverse nature nées dans la caisse du tympan ou le conduit auditif externe, comme les sarcomes, les épithéliomas, les carcinomes, etc.

I. Polypes vrais.

1° *Polypes muqueux.* — On les voit ordinairement faire saillie dans le conduit auditif externe sous forme de petites masses globuleuses, arrondies parfois, ovoïdes le plus souvent. Leur coloration est rosée, ils sont constamment humides et saignent avec facilité. Dans quelques cas ils présentent des bosselures sphéroïdales et régulières. Avec le stylet on peut s'assurer qu'ils sont allongés, que leur implantation est profonde; et qu'en se développant, ils se sont moulés, comme le dit Gruber, sur les cavités qui les renferment.

Au microscope on voit qu'ils sont formés de deux parties : 1° un revêtement épithélial; 2° un chorion comparable à celui des muqueuses normales et creusé çà et là de petites cavités kystiques, sur l'origine desquelles on discute encore aujourd'hui. Les uns veulent que ce soient de simples follicules muqueux dont l'orifice s'est oblitéré; les autres croient avec

Rindfleisch (1) qu'elles résultent de la juxtaposition et de l'accolement des papilles. Lorsque les polypes se développent, les papilles se rapprocheraient, se souderaient par leurs sommets, tandis que leurs bases resteraient indépendantes. Les lacunes ainsi formées persistent et constituent de petits kystes.

Cette variété de polypes est beaucoup plus fréquente que la seconde. Ainsi sur 33 Steudner (2) en a trouvé 27 qui lui appartenaient; Kessel (3), 19 sur 21. La plupart d'entre eux prennent naissance dans la caisse, gagnent la membrane du tympan ou même dans certains cas s'engagent dans la trompe d'Eustache (4). Ils s'implantent par une et rarement deux racines sur le tympan ou les parois de la caisse. Certains d'entre eux acquièrent, comme celui dont parle Fabrice de Hilden, et qui apparut à la suite de la variole, un volume suffisant pour remplir le méat auditif (5). D'autres se vascularisent au point de ressembler à une tumeur caverneuse (6).

2° *Polypes fibreux.* — Ils naissent plus souvent que les premiers dans le conduit auditif externe. Leurs caractères physiques sont sensiblement les mêmes que ceux des polypes muqueux : comme ceux-ci ils sont lisses rougeâtres, ovoïdes le plus souvent. J'en ai enlevé plusieurs chez lesquels ces caractères se trouvaient nettement marquésun ; d'eux entre autres (voy. fig. 31), que l'examen microscopique fit reconnaître plus tard pour un fibrome, ressemblait à s'y méprendre à un polype muqueux ordinaire. Leur structure est essentiellement fibreuse; ils sont peu vasculaires, ne présentent ni glandes, ni kystes; s'infiltrent parfois de sels calcaires (Klotz).

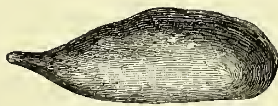


Fig. 31. — Polype fibreux du conduit auditif externe. (*De notre collection.*)

(1) *Pathol. Histol.*, p. 62.
(2) *Archiv für Ohrenheilk*, 1869, t. IV, p. 199.
(3) *Ibid.*, t. IV, p. 167 et *Gaz. hebd.*, 1869, n° 22.
(4) V. Voltolini, *Arch. für path. anat.*, XXXI, S. 220.
(5) Cent. III, obs. I.
(6) Buck, *Archives of opthatm. and otology*, t. II, n° 1, p. 72.

Nous ne parlons pas d'une troisième variété que Steudner a désignée sous le nom de polypes myxomateux, et dont il n'a décrit lui-même qu'un seul cas.

D'ailleurs, ces productions diffèrent peu cliniquement les unes des autres. Toutes déterminent des douleurs paroxystiques dans l'oreille, accompagnées de perte partielle ou totale de l'audition. Un écoulement muco-purulent, fétide, jaunâtre et parfois sanguinolent en est le caractère le plus saillant.

D'après beaucoup de chirurgiens, cette otorrhée serait la cause immédiate des polypes : « ils surviendraient, a-t-on dit, » sous l'influence de quelque fluxion tombée aux oreilles, » qui fait apostème, d'où s'engendre ulcère, hypersarcose ou » chair supercroissante » (1). Presque tous les auteurs qui ont traité le même sujet, entre autres l'abbé Dumonceau (2), Itard (3), se sont rangés à cette opinion.

Nous n'avons pas à la discuter ici, car nous ne faisons point une étude complète des polypes de l'oreille. Nous y jetons un simple coup d'œil afin de pouvoir les éliminer quand nous ferons le diagnostic de l'affection de notre malade.

II. Polypes faux.

1° Les *granulations à forme polypeuse* n'atteignent presque jamais le volume des tumeurs que nous venons d'étudier. Elles ne viennent pas faire saillie au dehors mais restent cachées au fond du conduit dans lequel elles ont pris naissance. Leurs caractères généraux se rapprochent parfois à s'y méprendre de ceux des vrais polypes. Comme eux, elles sont toujours accompagnées d'une otorrée abondante et insupportable. Rouges, d'aspect framboisé, elles finissent par se réunir et former une tumeur unique acuminée, obturant presque entièrement le conduit auditif. Leur structure est complétement

(1) A. Paré, *Œuvres complètes*.
(2) *Traité des maladies des yeux et des oreilles*. Paris, 1786.
(3) *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*. Paris, 1821.

différente de celle des polypes muqueux ou fibreux. Ces granulations sont des produits de nature inflammatoire à structure presque rudimentaire : elles n'ont ni épithélium ni glandes; leurs vaisseaux sont peu nombreux et ne dépassent point la base; une substance amorphe renfermée dans les mailles d'un réticulum conjonctif les compose en grande partie.

On a cru pendant longtemps qu'on ne les trouvait que dans les affections osseuses des parois de la caisse ou des conduits, et autour des tumeurs cancéreuses du voisinage de l'organe de l'ouïe, comme Travers en a rapporté un remarquable exemple (1). Nous savons parfaitement aujourd'hui qu'elles apparaissent à la suite de toutes les suppurations prolongées; qu'elles contribuent à leur tour à les entretenir en maintenant les surfaces malades dans un état d'irritation permanente.

2° Les *tumeurs malignes et les différentes formes de sarcomes* se développent très-rarement dans la caisse du tympan et plus rarement encore dans le conduit auditif. La plupart des productions de cette nature qu'ont signalées jusqu'ici les auteurs avaient pris naissance dans les os ou le périoste de la caisse. Après avoir perforé la membrane du tympan, ils se présentent au dehors sous forme d'une masse bourgeonnante fongueuse donnant lieu à un écoulement ichoreux strié de sang, et d'une fétidité repoussante. Tel était l'épithélioma mentionné par Gruber et dont le dessin se trouve dans son ouvrage (2). Une autre tumeur enlevée par M. Cusco et examinée par M. Renaut était un fibro-sarcome à cellules plates. Elle s'était développée au même point et sensiblement dans les mêmes conditions (3). Dans les faits rapportés par Brummer (4), Buke (5), etc., les cancers étaient de nature épithéliale et avaient pris naissance dans les os.

(1) *Med. chir. Transactions*, XV,
(2) *Lehrbuch der Ohrenheilkunde Wien.* 1870.
(3) *Archives de physiologie*, 4e année.
(4) *Klinik*, p. 293.
(5) *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. I, p. 356.

Au point de vue clinique, ces tumeurs se distinguent des polypes par la nature de l'écoulement et par la violence de la douleur.

Les complications telles que la paralysie faciale, la méningo-encéphalite et la phlébite des sinus sont beaucoup plus fréquentes dans les tumeurs malignes que dans les autres.

Ainsi donc, Messieurs, lorsque nous nous trouvons en présence d'une production polypoïde du conduit auditif externe, nous devons décider : 1° la nature de la tumeur; 2° son origine. Le diagnostic entre les polypes fibreux et muqueux ne se fait sûrement que par le microscope. Mais lorsque nous aurons reconnu des granulations polypeuses, nous n'aurons pas terminé notre diagnostic. Nous savons qu'elles peuvent accompagner une otite purulente, environner un orifice fistuleux, et parfois recouvrir une tumeur fibro-plastique ou cancéreuse. Nous tâcherons de vous montrer comment on peut résoudre ces différentes questions, et pour cela nous discuterons ensemble le diagnostic de la tumeur polypoïde de notre malade.

Je commence dès maintenant cette seconde partie de notre sujet en vous rappelant son histoire.

OBSERVATION XVIII.

La nommée L..., âgée de soixante-six ans, entra le 17 mai 1875 dans notre salle des femmes. Elle était affectée d'un écoulement purulent très-abondant de l'oreille droite. Cette personne avait joui jusqu'alors d'une excellente santé, mais il y a deux mois environ, elle ressentit sans cause connue, comme de petits picotements sur tout le trajet du conduit auditif externe droit. Ils augmentèrent peu à peu et se convertirent en une sensation de chaleur âcre et mordicante, accompagnée d'un prurit insupportable, comparable à celui que produirait une urtication violente. Les choses étaient dans cet état depuis plusieurs jours, lorsque la malade remarqua un peu de liquide dans la conque de l'oreille. Il était séreux et tachait à peine le linge, mais bientôt il s'épaissit, devint franchement purulent, et, en ce moment, le prurit s'accompagna d'un sentiment de tension occupant toute la moitié droite de la tête. Des douleurs lancinantes insupportables arra-

chant des cris à la malade apparurent. Tout d'abord les crises se présentèrent irrégulièrement vers trois à quatre heures du matin, à quelques jours d'intervalle, puis elles devinrent quotidiennes, et en dernier lieu se reproduisirent quatre, cinq, six ou même dix fois le jour. L'écoulement jaunâtre et peu odorant au début devint fétide et nauséabond, de temps en temps il perdait la couleur ordinaire du pus pour devenir louche, et même à deux ou trois reprises la malade remarqua qu'il contenait du sang presque pur. Les troubles de l'audition ont suivi la même progression. C'étaient d'abord de simples bourdonnements d'oreille, puis les mots prononcés à voix basse, les tic-tac d'une montre ont cessé d'être perçus, et à son entrée dans le service la surdité était à peu près complète.

A ce moment, nous pûmes constater les symptômes suivants :

L'état général est mauvais; bien que la malade ait un certain embonpoint, la peau, fortement pigmentée, présente une teinte cachectique très-accusée. L'appétit est nul, les digestions se font mal; depuis trois semaines environ, le sommeil est impossible. Le facies présente un caractère de souffrance et d'anxiété tout spécial ; pourtant tous les mouvements des muscles de la face se font sans difficulté, les deux moitiés présentent une symétrie parfaite, on ne trouve nulle part de l'œdème ou des ulcérations.

La douleur est continuelle, tensive, lancinante, elle s'irradie vers le sommet de l'apophyse mastoïde et le vertex. De temps en temps des paroxysmes violents arrachent des cris à la malade et l'obligent de se lever lorsqu'elle est au lit. L'ouïe est presque complétement perdue, elle n'entend pas le bruit d'une montre placée tout près de l'oreille. C'est à peine si elle peut distinguer les mots lorsque l'on parle très-haut à une faible distance.

Après avoir débarrassé le conduit auditif du pus qui l'obstruait en partie, nous aperçûmes une petite tumeur rosée, lobulée, mûriforme. Avec le stylet nous reconnûmes que l'implantation se faisait par une large base sur la paroi externe du conduit auditif; tout autour de ce point on sentait une sorte de relief formé par les téguments soulevés; cependant, nous ne pûmes constater ni ulcérations, ni trajet fistuleux. Cette tumeur était molle, peu vasculaire au sommet, mais saignant aisément lorsque la pointe du stylet rencontrait sa base.

En présence de ces faits, nous ne pouvions guère décider si nous avions affaire à des fongosités consécutives, à une otite moyenne, à un polype muqueux ou fibreux ou bien encore à une tumeur maligne. Bien que cette dernière hypothèse me parût la plus probable, je ne pus me décider à l'adopter, avant d'avoir eu recours au moyen décisif employé en pareil cas, au microscope. Une petite portion de la tumeur fut enlevée et examinée avec grand soin au Collége de France. Le résultat ne confirma point l'opinion que j'avais émise, car on ne trouva rien qui pût faire croire

à un cancer. Mais le fragment du néoplasme enlevé avait la structure rudimentaire des productions de nature inflammatoire. Je ne fus pourtant pas convaincu.

Malgré la rigoureuse exactitude de l'analyse histologique, je n'abandonnais pas complétement l'idée d'une tumeur de mauvaise nature sous-jacente, j'enlevai les granulations avec la plus grande rigueur.

La base fut circonscrite au moyen de l'anse galvano-caustique, et je fis tout mon possible pour ne rien laisser. Tout alla bien pendant cinq à six jours, les douleurs étaient beaucoup moins vives, l'otorrhée avait diminué et était devenue moins fétide. La malade, enchantée d'avoir pu prendre un peu de repos, nous demanda à retourner chez elle achever sa guérison. Nous l'avons revue depuis lors, et malheureusement les choses avaient pris une tournure qui ne permettait plus guère de douter. Elle vint à une de nos consultations, trois semaines environ après son départ. Nous constatâmes l'état suivant : l'écoulement purulent avait recommencé ; les douleurs étaient tout aussi vives qu'avant l'opération ; un empâtement œdémateux occupait une partie des régions temporale et parotidienne, et toute la surface de l'apophyse mastoïde. En même temps, on trouvait du côté malade une hémiplégie faciale complète avec disparition des rides du front, élévation de la commissure labiale, larmoiement, ectropion de la paupière inférieure. La teinte cachectique s'était accusée, et une tumeur plus volumineuse que la première avait envahi les téguments du conduit auditif et ceux de la conque, l'ouïe était complétement perdue.

La malade ne rentra point dans le service et depuis lors nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Par la lecture de cette observation, vous avez pu voir, Messieurs, que nous nous trouvions en présence d'une tumeur développée en deux mois, implantée sur l'une des parois du conduit auditif externe, accompagnée de douleurs très-vives, presque fulgurantes et d'une otorrhée abondante.

Je vous dis, aussitôt que la malade entra dans nos salles, que cette douleur insolite, revenant par accès et suffisante pour priver la malade de repos, ne nous présageait rien de bon. Toutes les affections suppuratives de l'oreille moyenne sont très-pénibles, mais aucune d'elles ne présente ces exacerbations atroces que la malade accusait.

En admettant que nous eussions affaire à de simples granulations, nous n'eussions pu nous rendre compte de l'intensité de

la douleur qu'en l'attribuant à une sensibilité exagérée ou au peu d'énergie de la malade, ce n'était certainement pas le cas : elle était résignée et même courageuse, supportait parfaitement les explorations, ne se plaignait jamais et n'accusait ses souffrances que par des contorsions de la face ou des cris involontaires. Si la tumeur eût occupé une autre région, nous n'eussions pas hésité à reconnaître là les douleurs lancinantes d'un cancer.

La fétidité de l'écoulement et son aspect nous fournissaient un nouvel argument. Dans les polypes, l'odeur du pus est désagréable et pénétrante, surtout quand ces tumeurs sont nées dans la caisse et qu'elles ont par la suite hermétiquement fermé le conduit auditif. La stagnation d'une grande quantité de pus en arrière de l'obstacle lui donne forcément une odeur nauséabonde. Chez la malade actuelle, la membrane était intacte ; avec le stylet, on se rendait parfaitement compte de l'implantation de la tumeur sur la paroi du conduit auditif. Il n'y avait en arrière qu'une très-faible quantité de pus.

Cette fétidité appartenait donc bien plutôt à l'écoulement ichoreux du cancer qu'à l'otorrhée catarrhale.

L'implantation ne nous donnait que peu de renseignements. Pourtant, le soulèvement des téguments tout autour de la base m'avait paru plus que suspect. En ajoutant à ces symptômes ceux que nous fournissait l'état général, nous avions de grandes probabilités en faveur d'un *cancroïde primitif du conduit auditif externe*.

C'est alors que nous voulûmes contrôler notre diagnostic par l'examen microscopique. Vous savez que je n'enlève jamais une tumeur sans la faire examiner. Cette fois, comme je vous l'ai déjà dit, je ne fus qu'à demi rassuré par le diagnostic histologique. J'avais remarqué une telle analogie entre la marche de ces prétendues granulations et celle d'autres cancers des os de la région, que je ne pouvais m'empêcher de faire un rapprochement dont les faits ont démontré la justesse.

Trois semaines après son ablation, la tumeur récidive sur place, les douleurs s'aggravent, la caisse du tympan et le pavillon

de l'oreille sont envahis, et les téguments qui recouvrent l'apophyse mastoïde s'œdématient.

On ne peut guère douter, après cela, que l'os ne soit compromis. Les granulations ne récidivent point, elles ne tendent pas plus que les polypes vrais à gagner les tissus voisins et à les détruire. Bien mieux, cette hémiplégie faciale, qui survient brusquement, nous montre que le temporal est atteint dans une grande partie de son étendue. Ce symptôme n'a par lui-même rien de pathognomonique, car le nerf facial n'est séparé de la caisse du tympan que par une mince lamelle osseuse, mais il acquiert une tout autre valeur par suite des circonstances dans lesquelles il s'est présenté. Habituellement, on ne le trouve que dans les catarrhes purulents de l'oreille moyenne qui durent depuis plusieurs mois, lorsque le contact prolongé du pus a fait subir aux os une sorte de macération. Ici, au contraire, l'accident est apparu brusquement. Après l'enlèvement de la tumeur, l'écoulement était presque tari, la membrane du tympan était intacte et la malade avait recouvré en grande partie le sens de l'ouïe. A peine la récidive s'est-elle produite, que la caisse est envahie; les parois sont assez altérées pour que le facial soit touché, et en quelques semaines des fongosités de mauvaise nature envahissent les téguments de la conque.

Il était impossible, après cela, de ne pas croire à *un cancroïde développé primitivement sur les téguments du conduit auditif externe* et se propageant à toutes les parties voisines.

Nous ne pouvons tirer de tout ceci qu'une conclusion : c'est qu'il ne faut pas trop vite se rassurer, dans des cas semblables, à la suite d'un examen histologique favorable. La chose s'explique aisément. Nous avons pour ainsi dire assisté au début de la maladie. Le cancroïde, bien que très-peu étendu, avait produit sur les parties voisines une vive irritation dont le premier effet avait été une otite suraiguë du conduit auditif externe. Sous l'influence de la suppuration, il s'est formé une épaisse couche de fongosités qui a caché longtemps la véritable tu-

meur. C'était sur ces granulations qu'avait porté l'analyse histologique. Malgré le soin que nous avons pris dans notre opération d'enlever tout ce qui nous paraissait malade, nous n'avons pu retrancher tous les prolongements de mauvaise nature, et le cancroïde a suivi son évolution ordinaire.

QUINZIÈME LEÇON

DES AFFECTIONS BÉNIGNES DOULOUREUSES DE LA MAMELLE

(Tumeur irritable. — Névralgie mammaire.)

MESSIEURS,

L'importance de la douleur dans les affections mammaires est incontestable. Je me propose d'étudier aujourd'hui spécialement ce phénomène, de vous démontrer que sa durée et son intensité ne sont pas toujours en rapport avec la gravité des maladies dans lesquelles on le rencontre.

Il existe sans doute dans les tumeurs malignes, mais il se présente à une époque assez avancée de leur développement.

« A la périphérie des carcinomes du sein, dit Billroth, on » trouve des fibres nerveuses que l'énorme multiplication des » cellules de la tumeur a peu à peu amenées à l'atrophie. Après » la destruction du cylindre-axe et de la gaîne médullaire, ils » ne se présentent plus que comme de minces faisceaux exclu- » sivement formés de névrilème. Pendant que ce travail des- » tructeur s'accomplit, les filets nerveux comprimés et lésés » deviennent le siége de vives douleurs, souvent à forme né- » vralgique (1). »

Au contraire, chez la jeune fille dont je vais vous entre-

(1) *Die Krankheiten der Brustdrüsen. In Handb. der Chir. von Pitha und Billroth.* Bd III, II Abth. S. 93.

tenir, la douleur a été primitive et constitue presque seule toute la maladie. Ce n'est plus, comme dans le cancer, un épiphénomène qui ne modifie pas sensiblement le pronostic et dont le traitement se confond avec celui de la tumeur elle-même, c'est le symptôme prédominant, c'est lui qui imprime à l'affection son cachet particulier ; c'est contre lui que sera dirigé surtout notre traitement.

Nous étudierons donc, Messieurs, deux maladies bénignes de la mamelle, mais insupportables pour les patientes à cause des douleurs vraiment atroces qu'elles occasionnent.

1° Les tumeurs irritables ;
2° Les névralgies mammaires simples.

Les premiers chirurgiens qui aient parlé de ces maladies les avaient réunies à tort sous le nom commun de *mamelle irritable*. La présence d'une tumeur au milieu de la glande ou à sa surface est pourtant d'une importance capitale pour la classification. Notre malade en portait une d'un volume appréciable ; c'était elle qui, comme vous pourrez le voir, était la cause déterminante de la douleur, puisque celle-ci apparut en même temps que la tumeur et disparut après son enlèvement. Voici d'ailleurs l'observation :

OBSERVATION XIX.

F... Coraline, âgée de vingt et un ans, est entrée dans notre service, le 5 mai 1875. Cette jeune personne aurait ressenti pour la première fois des douleurs dans le sein droit il y a six ans. Elle les attribue à une profonde piqûre d'aiguille qu'elle se fit alors vers la circonférence de l'aréole du mamelon. Jusqu'au mois d'octobre dernier, ces douleurs ont été localisées dans le sein, elles revenaient à des intervalles irréguliers, ne dépassant pas une semaine. Les paroxysmes bien que très-pénibles étaient néanmoins supportables ; en temps ordinaire, la mamelle était absolument indolente. Depuis six mois la maladie a pris une autre forme : les accès douloureux se sont rapprochés, ils ont augmenté d'intensité, se sont accompagnés d'irradiation vers l'épine dorsale et surtout dans le bras droit. Alors seulement la malade se décida à réclamer

une opération. Au moment de son entrée dans nos salles nous la trouvâmes dans l'état suivant : la santé générale est bonne, la malade présente même un embonpoint notable. Le visage est frais, les muqueuses rosées, il n'y a pas de souffle à la base du cœur, ni dans les vaisseaux du cou. D'après ce qu'elle raconte elle aurait eu plusieurs attaques d'hystérie, dont la dernière remonterait à deux mois environ, et serait survenue à la suite d'une vive contrariété. Gardée pendant huit jours en observation dans le service, elle n'eût aucune manifestation névropathique. Elle est d'un caractère doux et égal, d'une intelligence ordinaire. La sensibilité paraît légèrement troublée dans différents points du corps. Complètement normale au membre supérieur droit, elle est modifiée sur toute la jambe du même côté jusqu'au genou. Il y a là une complète analgésie. Un pincement énergique, une piqûre d'épingle ne causent aucune douleur, et sont perçus comme une simple sensation de contact. A la face, au bras, du côté gauche, le pincement et la piqûre sont douloureux. L'épaule et le bras droit sont au contraire analgésiques.

La mamelle droite est le siége de douleurs extrêmement vives, presque continuelles. Un simple mouvement, le frottement des vêtements sont suffisants pour provoquer un paroxysme, et pendant le sommeil, la malade est parfois réveillée brusquement, sanglotte et pousse des cris; depuis plusieurs mois même, elle est presque entièrement privée de repos. Les douleurs s'irradient en arrière vers la colonne vertébrale et remontent en haut jusqu'à la base du cou et le bord inférieur de l'épine de l'omoplate. En avant, elles ont envahi tout le bras droit, de sorte que la jeune personne le tient étendu immobile contre le thorax, redoutant qu'un seul mouvement suffise pour éveiller un accès. A la vue, on constate que le sein droit est plus volumineux que le gauche. Le mamelon est plus saillant de ce côté que de l'autre. Vers la partie supéro-externe du sein, on trouve une tumeur diffuse et mal limitée sur sa periphérie, très-dure au toucher et paraissant occuper plusieurs lobules de la glande. C'est au centre de cette tumeur que correspond le maximum de la douleur. Les pressions légères nécessitées par l'examen de l'organe amènent des crises épouvantables, et qui durent plusieurs minutes. A ce moment, la douleur n'est plus augmentée par la pression. La malade accuse, outre les irradiations douloureuses du bras, une sensation de fourmillement continuel s'étendant jusque dans l'avant-bras et même les doigts.

Pendant trois semaines nous eûmes recours à un traitement médical, à l'hydrothérapie, aux vésicatoires volants, aux injections sous-cutanées de morphine. Ce dernier traitement avait même été employé longtemps avant l'entrée de la malade dans nos salles. Voyant que les douleurs au lieu de diminuer, devenaient de jour en jour plus atroces, nous nous décidâmes à extirper la tumeur.

Le 22 mai, après avoir endormi la malade, nous enlevâmes avec le couteau galvano-caustique, une portion du sein droit, équivalente à peu près au volume du poing d'un enfant. L'opération ayant été faite rapidement, nous mîmes des pinces hémostatiques sur quelques vaisseaux qui donnaient un peu de sang. Puis nous fîmes un pansement à plat sur la plaie longue de trente centimètres environ.

Examen de la tumeur.— A la loupe, la portion de la mamelle enlevée offre un aspect blanc nacré parsemé de points jaunâtres. Au centre, ceux-ci sont beaucoup moins abondants qu'à la périphérie. Leur volume est aussi plus petit. Il semble qu'il y a une véritable hypertrophie du tissu conjonctif interstitiel, accompagnée d'une atrophie correspondante des éléments glandulaires.

L'analyse histologique a confirmé le fait, elle a montré que les tissus examinés ne contenaient que les éléments normaux de la mamelle. Toutefois vers le centre, le tissu fibreux était abondant comme feutré ; les lobules étaient très-petits et en petit nombre. Il s'agissait en somme d'une hypertrophie partielle du sein developpée aux dépens du tissu conjonctif interlobulaire.

La guérison survint sans accident et la malade quitta le service le 25 juin. Les douleurs, sensibles encore pendant les premiers temps, disparurent peu à peu ; d'abord les irradiations du bras et de l'épaule, puis tout se borna à un simple engourdissement qui finit lui-même par disparaître. Nous avons revu la malade trois mois plus tard et la guérison s'est maintenue.

Cette observation se rapporte, comme je vous l'ai dit, à la première des variétés d'affections douloureuses : aux tumeurs irritables. Les symptômes furent exactement ceux qu'ont notés les auteurs dans les faits qu'ils ont rapportés. Au contraire, la nature anatomique de la tumeur, son développement probable par simple hypertrophie et transformation fibreuse du tissu conjonctif interstitiel de la glande, la font différer un peu de celles que l'on a décrites jusqu'à ce jour. Nous allons jeter successivement un coup d'œil sur chacun de ces points, puis nous étudierons les névralgies de la mamelle qui n'accompagnent aucune tumeur.

A. *Tumeurs irritables.* — Dès 1821, Heineke (1) avait dé-

(1) *De mastodynia nervosa.*

crit dans une thèse de Berlin une affection spéciale de la mamelle, qu'il avait désignée sous le nom de mastodynie nerveuse. Un peu plus tard, en 1836, Tott reprit la même question (1), mais ni l'un ni l'autre ne fit voir le rapport qui existe entre la douleur et la présence des tumeurs dans le sein. De même, Coles (2), et après lui Astley Cooper en Angleterre (3), ne tinrent compte que des phénomènes douloureux lorsqu'ils décrivirent la mamelle irritable. C'est à M. Rufz (de la Martinique) que revient l'honneur d'avoir signalé dans ces cas la présence de petites tumeurs dures et noueuses, siégeant soit superficiellement, soit profondément dans l'épaisseur de la mamelle (4). Bientôt Velpeau établit les divisions dont nous avons parlé, et il donna aux tumeurs douloureuses le nom de névromatiques.

Presque toutes les tumeurs douloureuses qui ont été enlevées jusqu'ici ont présenté les mêmes caractères anatomiques. Elles sont essentiellement constituées par un tissu fibroïde induré, comprenant dans ses mailles des lobules en partie atrophiés. A la coupe, on voit une sorte de pointillé blanc disposé sur un fond jaunâtre. Il ne sort ni pus ichoreux, ni sérosité. C'est donc une simple hypertrophie avec augmentation de densité des tissus normaux. Les examens microscopiques sont trop peu nombreux pour que l'on puisse acquérir la certitude que les tumeurs irritables ont toujours la même structure. Billroth croit qu'un certain nombre d'entre elles sont de véritables névromes, tandis que les autres seraient des sarcomes adénoïdes (5).

L'âge auquel apparaissent les tumeurs irritables est inconstant. Velpeau a rencontré le plus grand nombre de celles qu'il a observées chez des femmes qui approchaient de la ménopause (6). Si cependant vous ajoutez à notre cas ceux de Rufz, d'Astley Cooper, etc., vous verrez qu'aucune époque de la vie

(1) *Hufeland's Journal*, t. LXXI, S. II, p 123, 1830.
(2) *On Surgic. Anatomy*, p. 128.
(3) Traduction Richelot et Chassaignac, p. 532.
(4) *Arch. gén. de médecine*, 1843, t. III, p. 79.
(5) *Loc. cit.*
(6) *Tumeurs au sein*, p. 310 et suiv.

n'en est exempte, qu'on les rencontre aussi bien chez des jeunes filles de dix-sept à dix-huit ans que chez des femmes de quarante-cinq à cinquante ans.

Lorsque la mamelle affectée a reçu un choc peu de temps avant l'apparition de la douleur, les malades croient que celle-ci en est la suite. Il arrive parfois que les faits s'enchaînent, de telle sorte que l'hypothèse n'offre aucune invraisemblance. A la manière dont la jeune fille que nous avons opérée raconte l'histoire de sa piqûre d'aiguille, il ne paraît point impossible que le point de départ de la tumeur fût une petite phlegmasie locale d'origine traumatique. Valleix (1) et Rufz ont signalé des faits analogues. Ainsi, une jeune mulâtresse de dix-sept ans, traitée par le second, avait reçu un violent coup de tête dans le sein droit immédiatement avant qu'il devint douloureux.

La maladie, bien que présentant toujours une douleur sensiblement de même intensité, montre de légères différences suivant les cas. Tantôt les tumeurs sont multiples, leur volume est insignifiant ; elles sont de tous points comparables à ces nodosités du tissu cellulaire sous-cutané que l'on trouve dans toutes les régions ; leur volume varie alors depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un haricot. D'autres fois, elles sont isolées, profondes, mal limitées, occupent une portion assez étendue de la glande pour qu'il soit possible de constater, par la simple inspection, l'inégalité des deux seins. Les unes sont rapprochées du mamelon et en partie comprises dans la zone aréolaire, les autres disséminées sur tout le pourtour et justifient le nom d'hypertrophie périphérique que leur a donné M. Houel (2).

Je vous ai dit que les douleurs ressemblent à celles des névralgies, qu'elles sont capricieuses, paroxystiques, le plus souvent atténuées ou même calmées par la pression. Vous trouvez là les caractères ordinaires de ce symptôme dans la prosopalgie, la sciatique, les névralgies viscérales primitives, etc Je n'insiste

(1) *Archives générales de médecine*, 1843.
(2) *Manuel d'anatomie pathologique*, p. 168.

pas sur les conséquences de cette douleur ; vous les avez observées avec leur pire aspect chez notre jeune opérée. La perte du sommeil, de l'appétit, l'impuissance de l'un des bras, l'hyperesthésie ou l'analgésie des téguments voisins ne sont point extraordinaires. Il est même de règle, au contraire, de les rencontrer à la suite des tumeurs irritables de la mamelle.

Ces troubles fonctionnels constituent toute la gravité de la maladie. La douleur disparaît fréquemment à la longue, et comme l'a fait remarquer judicieusement Velpeau, on peut dire *que ces tumeurs s'usent avec le temps*.

J'arrive maintenant, Messieurs, à la seconde affection mammaire dont je veux vous parler aujourd'hui, aux douleurs névralgiques de la glande sans tumeur.

B. *Névralgies simples de la mamelle.* — L'historique de cette affection se confond avec celui de la première. Coles, Astley Cooper, etc., n'ont pas distingué les uns des autres les cas dans lesquels une ou plusieurs tumeurs existaient, étaient susceptibles d'être enlevées, de ceux où tout se bornait à la simple névralgie. Cependant, les petites productions dont je vous ai parlé sont parfois longtemps avant de devenir douloureuses, l'appellation d'Astley Cooper est parfaitement juste pour ce qui les concerne : ce sont des *tumeurs irritables*. Chez certains malades, les choses suivent un autre cours. La névralgie existe seule ; l'examen le plus soigneux et le plus méthodique du sein ne peut y faire découvrir la moindre tumeur. Si la paroi thoracique n'était pas en ce point surmontée d'une glande volumineuse et sujette à tant d'affections diverses, on n'hésiterait pas à voir là, comme Valleix, une simple névralgie intercostale (1). Les circonstances qui font varier la douleur, son irrégularité et sa bizarrerie semblent en effet la rattacher à cette maladie. Comme dans la névralgie intercostale, elle varie sous l'influence de la température ou de l'humidité de l'air. Les époques menstruelles retentissent sur elles, et Velpeau, qui a le premier décrit cette maladie, a remarqué que son maximum de fréquence

(1) *Loc. cit.*

correspond, comme celui de la tumeur irritable, à l'âge de la ménopause. Ce sont là autant de caractères qui rendent plus probable l'hypothèse d'une névralgie intercostale propagée à la mamelle. Nous savons en effet, depuis les recherches de M. Bassereau, qu'il existe une sorte de sympathie entre les fonctions menstruelles chez la femme et l'état des nerfs intercostaux, qu'un certain nombre de névralgies de ces derniers sont consécutives à une affection chronique de l'utérus ou de ses annexes (1).

Je n'insiste pas davantage, Messieurs, sur la description de la névralgie mammaire. Je vous en ai parlé afin d'élucider complétement la question des affections bénignes douloureuses du sein. Le traitement, comme celui de la plupart des névralgies primitives, rentre dans les attributions du médecin autant que dans celles du chirurgien, et je n'ai pas besoin de vous le dire, l'emploi de l'instrument tranchant serait, dans ces cas, un véritable contre-sens explicable seulement par une erreur de diagnostic.

Lors donc que le praticien se trouve en présence d'une affection extrêmement douloureuse de la mamelle, par quels moyens pourra-t-il arriver à la reconnaître ?

Il devra se demander d'abord si la névralgie est simple ou si elle est accompagnée d'une ou plusieurs tumeurs. Lorsqu'il est fixé à cet égard, il n'aura plus qu'à rechercher si c'est la production morbide bénigne comme celle dont nous avons parlé, ou si au contraire c'est une tumeur plus grave, comme un sarcome adénoïde ou un cancer véritable.

Rien ne semble plus facile que de constater la présence d'une tumeur de la mamelle. Il n'est pourtant pas rare que des médecins, même expérimentés, restent en suspens ou se trompent en pareil cas. C'est qu'il y a là trois causes d'erreur qu'il faut bien connaître pour les éviter toujours ; elles tiennent à l'état général des malades, à la conformation de la région, au mode d'exploration employé.

(1) *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux.* Thèse de Paris, 1840.

1° L'état moral des malades est souvent affecté d'une telle manière qu'elles réclament une opération lorsque la mamelle est absolument saine. Ce sont surtout des personnes qui, sans être atteintes d'une névrose proprement dite, se trouvent dans cet état particulier que l'on désigne sous le nom d'état nerveux : une douleur passagère dans le sein, un choc léger sur lui, une inégalité à peine appréciable dans le volume de deux de ses lobes, les jettent dans des transes inexprimables ; elles alternent pendant des mois ou même des années entre le médecin et le chirurgien sans que les consolations de l'un et de l'autre puissent amener la tranquillité dans leur esprit. Il faut alors se mettre bien en garde contre une trop grande condescendance, car on s'exposerait à prendre pour de véritables néoplasmes, de simples bosselures normales qui se rapprochent assez de ces fausses tumeurs des névropathes que les Anglais désignent par le nom pittoresque de *tumeurs-fantômes* (1).

2° Les difficultés qui tiennent à la région apparaissent lorsque la surface des côtes est inégale et rugueuse ou que la région sous-claviculaire est fortement convexe : on peut aisément confondre cette anomalie avec une tumeur de la mamelle. Dans sa 15e observation, Velpeau rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle toute la région comprise entre la clavicule, l'aisselle et le sein, était si « dure, si bombée, si homogène, que l'on était tout d'abord porté à croire à une dégénérescence lardacée ou squirreuse. » Cette opinion paraissait d'autant plus probable que la mamelle de ce côté avait été enlevée quelques années auparavant pour une tumeur dont la nature n'était pas indiquée. Les douleurs disparurent sous l'influence d'un traitement local, et Velpeau put se convaincre, après une observation de plusieurs années, qu'il n'y avait qu'une simple difformité.

De tels exemples sont heureusement peu fréquents. Il suffit de savoir qu'ils peuvent se présenter pour ne pas se laisser tromper.

(1) Paget et Moore, in *Holmes' System of Surgery*, ed. 1869.

3° La manière dont on explore la mamelle peut aussi être la source de sérieuses erreurs. Lorsqu'on la saisit avec les deux mains selon la direction d'un de ses axes transverses, elle ne peut s'étaler à la surface du thorax. Ses lobules ainsi fixés accusent une résistance et une dureté réelles. On doit alors, dans l'exploration, se borner à soutenir légèrement l'organe avec l'une des mains, tandis que de l'autre on apprécie sa consistance et son élasticité en exerçant des pressions légères et perpendiculaires à la paroi thoracique.

Mais lorsque la première partie du diagnostic est complète, tout n'est pas terminé ; il s'agit alors de savoir si l'on a affaire à une simple tumeur irritable ou à une névralgie consécutive à la désorganisation des filets nerveux par une tumeur maligne.

En général, ces derniers cas sont faciles à reconnaître : Il n'existe aucune proportion entre le volume de la tumeur et l'intensité de la douleur.

La marche est pathognomonique. Les tumeurs adénoïdes elles-mêmes, dont la bénignité n'est pas toujours bien prouvée, grossissent beaucoup plus rapidement que les tumeurs irritables. Si elles sont douloureuses au début, circonstance tout à fait exceptionnelle, elles cessent de l'être à mesure qu'elles se développent. Les cancers avec leur marche rapide, leur tendance à gagner la peau et à contracter avec elle de solides adhérences, la rapidité avec laquelle ils envahissent les ganglions de l'aisselle, la rétraction du mamelon qu'ils amènent, leur réaction sur l'état général, ne seront presque jamais méconnus, malgré les douleurs lancinantes qu'ils peuvent produire.

Je conclus donc, Messieurs, que lorsqu'une névralgie mammaire insupportable accompagne une production morbide de la glande, on peut sans difficulté arriver à en connaître la nature.

Quand cette tumeur reste stationnaire, quand elle n'a point de tendance à s'enflammer, à s'ulcérer, à gagner les ganglions lymphatiques et à produire la cachexie, on peut presque toujours affirmer que c'est une tumeur irritable sans gravité.

Le traitement n'est pas aussi facile que le diagnostic.

Dans la névralgie mammaire, la position, les narcotiques locaux et le traitement général seront seuls employés. Velpeau attache avec raison une grande importance à la position du sein malade, il croit que beaucoup de névralgies n'ont pas d'autres causes que les tiraillements exercés sur les filets nerveux par un sein volumineux et mal soutenu. Il conseille l'usage d'une bandouillière ou d'un corset construit de telle sorte que le sein soit mollement relevé vers le creux sus-claviculaire. Il ne faut, dans aucun cas, que l'organe soit abandonné à lui-même ou dévié vers l'aisselle. Les fomentations laudanisées ne rendent que peu de services ; en revanche, les injections sous-cutanées d'une solution d'un sel de morphine sont suffisantes dans beaucoup de cas pour calmer des douleurs atroces. Une médication générale est toujours indispensable, en même temps que le traitement local. Je n'insiste pas davantage sur ce point, Messieurs, car je serais obligé d'entamer contre mon intention une discussion sur le traitement des affections nerveuses en général.

Je ne vous parlerai pas non plus de l'usage des petits vésicatoires volants préconisés par Valleix. Ils répondaient à deux indications : 1° dénuder le derme pour favoriser l'absorption des médicaments ; 2° agir contre la douleur elle-même par la vésication qu'ils produisent. La première est beaucoup mieux remplie par la seringue de Pravaz que par le vésicatoire. On peut pourtant employer ce moyen lorsque tous les autres n'ont amené qu'un soulagement insuffisant.

La tumeur irritable proprement dite doit être traitée comme une simple névralgie. Lorsque l'on parvient ainsi à la rendre supportable, on la laisse en place sans plus s'en inquiéter, car nous savons qu'elle ne peut ni menacer la vie par elle-même ni dégénérer.

Un autre moyen a été employé quelquefois avez succès par Rufz et Tanchou (1). Tous deux se sont proposés de faire la section des filets nerveux malades. Dans ce but, ils pratiquent avec

(1) *Tumeurs cancéreuses du sein*, p. 126.

une lancette plusieurs ponctions dans les petites masses indurées.

C'est à peu près le seul traitement auquel nous n'ayons pas eu recours. Il nous semblait que, même en admettant la constance des heureux résultats qui suivent les piqûres, cette méthode n'était nullement indiquée chez notre malade. La tumeur était profonde, plus volumineuse que toutes celles que Rufz a guéries par la ponction. La pointe de la lancette ou du bistouri ne pouvait pénétrer jusqu'au centre sans intéresser une assez grande portion du tissu mammaire. Plutôt que d'exposer cette jeune fille à d'inutiles souffrances par une demi-mesure, nous avons préféré recourir, après l'inefficacité des moyens médicaux, à l'ablation.

Vous avez vu, Messieurs, que nous l'avons faite avec le couteau galvano-caustique. Notre but n'était certainement pas d'expérimenter une méthode nouvelle ni même d'éviter la perte du sang. Vous savez, Messieurs, que cette considération est secondaire pour nous, puisque avec nos pinces hémostatiques nous sommes préparé à toutes les éventualités d'une opération.

Si nous donnâmes la préférence au couteau galvano-caustique, c'est que, comme l'indique son nom, il cautérise en même temps qu'il coupe. Nous avions donc une dérivation énergique bien supérieure à celle des vésicatoires volants, et c'est là, Messieurs, une ressource bien précieuse dans les névralgies.

Nous n'avons pas eu à nous repentir de l'avoir employé, puisque vous avez vu la plaie guérir en peu de temps et les douleurs disparaître. Sans doute les phénomènes nerveux généraux persisteront. L'ablation d'une tumeur irritable du sein est insuffisante pour guérir une névrose aussi tenace et aussi protéique que l'hystérie. Mais l'état local est devenu meilleur : la malade a recouvré l'appétit, le sommeil et l'usage de son bras ; c'est tout ce que nous pouvions raisonnablement espérer.

DEUXIÈME PARTIE

Nous sommes arrivé maintenant à la seconde moitié de notre tâche. Après avoir fait un travail essentiellement didactique, nous nous efforcerons de montrer le plus exactement possible notre pratique hospitalière par la simple exposition des faits. Nous donnons ici tous ceux que nous avons pu réunir ; sans doute, il en est bien resté quelques-uns, même des plus intéressants, dont les observations ne sont point consignées dans ce recueil ; mais il faut attribuer cette circonstance uniquement aux difficultés qui tiennent à l'organisation d'un travail complétement nouveau. Aujourd'hui qu'une année d'expériences a mis au courant les personnes qui nous ont prêté leur concours, nous espérons bien qu'aucun malade ne passera dans nos salles sans qu'on puisse trouver dans nos leçons des années suivantes son observation complète, fût-il entré pour une simple contusion.

Nous nous sommes efforcé de grouper les faits d'après un ordre logique, qui permît de saisir sans peine la division du travail tout entier. Si nous n'avons pas placé en tête, comme

on le fait quelquefois, les maladies infectieuses, telles que l'érysipèle, l'infection purulente, etc., c'est que nous nous réservons de donner à la fin de l'ouvrage un tableau d'ensemble résumant les cas de mort et les causes qui les ont produits; de cette façon nous éviterons les redites. Nous avons basé notre classification sur la physiologie : pour cela, nous rapportons d'abord les maladies du squelette, des articulations, puis celles des organes des sens; cette division correspond assez bien aux fonctions de relation.

Nous plaçons ensuite les affections des vaisseaux, celles du tube digestif et de ses annexes; enfin celles de la mamelle, c'est-à-dire des organes qui servent surtout à la nutrition; puis viennent les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme (fonctions de reproduction).

Nous n'avons négligé de suivre cet ordre que pour trois choses : 1° les plaies; 2° les accidents syphilitiques; 3° les maladies des régions.

Nous avons préféré étudier en une seule fois toutes les plaies. Cette manière de procéder nous a permis d'apprécier plus aisément la fréquence relative des diverses sortes de plaies suivant les régions; ensuite nous avons pu nous rendre compte plus facilement des complications auxquelles elles peuvent donner lieu, des modes de traitement qu'elles réclament. Nous ferons la même remarque pour les accidents syphilitiques. Il nous paraît plus simple de bien saisir les différences qu'ils présentent lorsqu'ils sont placés les uns près des autres, que quand ils sont disséminés au milieu d'observations diverses. Nous rangeons sous le titre de maladies des régions toutes celles qui intéressent en même temps plusieurs organes d'une même région anatomique comme les ganglions lymphatiques, le tissu cellulaire, les muscles, etc. Nous en exceptons toutefois les tumeurs vasculaires sanguines, et les maladies osseuses ou articulaires qui seront étudiées à part. Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que parmi les observations se rapportant aux régions on en trouve un assez grand nombre qui sont extrêmement intéressantes au point de vue opératoire.

Nous aurons ainsi dix chapitres, subdivisés en paragraphes :

1. Plaies.
2. Accidents syphilitiques.
3. Maladies des os.
4. Des articulations.
5. Des organes des sens.
6. Des vaisseaux.
7. Du tube digestif et de ses annexes.
8. De la mamelle.
9. Des organes génito-urinaires.
10. Des régions.

Il nous paraît inutile d'ajouter que toutes les fois qu'un groupe de maladies nous a paru assez naturel pour que son étude pût rentrer dans un même cadre, nous l'avons placé dans un tableau synoptique. C'est ainsi que nous avons procédé pour les maladies des os, des articulations, et pour les rétrécissements de l'urèthre. Nous n'avons laissé en dehors de ces tableaux que les cas qui présentent un intérêt spécial et méritent d'être étudiés isolément.

CHAPITRE PREMIER

PLAIES — CONTUSIONS

87 *observations.* — Sur ce nombre, les plaies par instruments tranchants et les plaies contuses occupent la plus grande place.

Voici du reste le nombre et l'ordre de nos observations :

Plaies par instruments tranchants............	17
Plaies par arrachement......................	4
Plaies par morsure.........................	2
Plaies par armes à feu.....................	2
Plaies par instruments piquants..............	4
Contusions et plaies contuses................	58

Nous nous réservons de signaler au commencement de chaque paragraphe ce qu'il peut renfermer d'intéressant.

§ I

PLAIES PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS.

17 *cas.* — Sur ce nombre, huit ont été faits par des instruments à la fois piquants et tranchants, comme des couteaux de poche ou des tranchets de cordonnier ; deux par des cisailles et de forts ciseaux ; deux par des fragments de vitres brisées ; un par un instrument rare (couteau de corroyeur pesant 25 kilogrammes, voy. obs. VI).

Ces plaies doivent être ainsi réparties suivant les régions :

Deux intéressaient la tête (cuir chevelu), deux le tronc, trois les bras et l'avant-bras, une le cou. Celles de la main et des doigts sont à elles seules presque aussi nombreuses que celles des autres régions réunies, puisqu'on en a compté huit.

Les traitements appropriés à l'étendue de la plaie, à la région et à l'intervalle qui séparait l'application du pansement du moment de l'accident, ont été les suivants :

Six plaies furent réunies immédiatement soit par des sutures, soit au moyen de bandelettes agglutinatives (tarlatane collodionnée le plus souvent), deux (dont une plaie pénétrante de poitrine), qui, au moment de l'entrée des malades, étaient encore le siége d'hémorrhagies assez sérieuses, furent soumises à une compression légère avec des rondelles d'amadou, et réunies un peu plus tard. Dans un seul cas (plaie de l'index par de forts ciseaux), on fit l'irrigation continue. Deux plaies superficielles et très-légères furent traitées par un pansement simple, trois autres par l'alcool pur ou l'eau alcoolisée.

Les plaies par scie mécanique ont produit les accidents les plus graves : L'une d'elles, qui intéressait l'avant-bras, a été suivie d'un phlegmon diffus de cette région. Une autre de même nature siégeant sur l'index a produit un tétanos mortel (obs. XII).

La seule plaie pénétrante de poitrine dont l'observation soit rapportée a été suivie de pneumo-thorax et d'accidents inflammatoires aigus du côté des organes respiratoires ; mais le tout a disparu au bout d'un temps assez court (obs. V).

A la suite d'une autre plaie des parois thoraciques, on a vu la mort survenir par le fait d'une pleurésie purulente. Cette dernière affection, il est vrai, ne doit pas nécessairement être mise sur le compte de la plaie, car celle-ci n'intéressait pas dans toute son étendue la masse musculaire du dos ; en outre, elle était arrivée à une période de cicatrisation avancée quand la pleurésie se déclara.

Une petite plaie du cuir chevelu, réunie par première intention, fut néanmoins suivie au bout de quelques jours d'une lymphangite du cou (obs. I). — Enfin un malade entré pour une plaie pénétrante de l'articulation radio-carpienne droite quitta le service au bout de 13 jours incomplétement guéri et portant un appareil (obs. XVII).

A. — Tête.

Observation I. — *Plaie superficielle du cuir chevelu. Adénite tardive.* — Hébert (Vincent), trente et un ans, entré le 23 février 1874 pour une plaie produite par un fragment de verre n'intéressant que le *cuir chevelu.* Réunion immédiate, et sortie *au bout de deux jours.*

Le 9 mars, le malade se présente à la consultation avec une *adénite aiguë* de tous les ganglions lymphatiques de la moitié latérale gauche du cou. Néanmoins, la cicatrisation de la plaie est complète ; on sent parfaitement sous le doigt la dureté des ganglions. Couleur rouge de la peau et fluctuation évidente. Ouverture de l'abcès et passage d'un tube à drainage. Ce malade sort guéri le 23 mars.

Obs. II. — *Pl. du cuir chevelu. Troubles nerveux légers primitifs.* — Romaneschi (Jean), âgé de quarante-sept ans, vitrier, entré le 16 août 1874. Il était tombé d'un troisième étage sur un vitrage, et s'était fait à la région pariétale gauche une plaie large de 5 cent. environ, et intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu. Il existait en même temps une fracture des deux os de l'avant-bras à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen ; ecchymoses des deux paupières inférieures, surtout de celle du côté gauche.

Pendant six jours, délire et insomnie, hébétude ; les yeux sont démesurément ouverts et sans expression. Ces symptômes disparurent bientôt par suite de l'application de compresses glacées sur la tête. Le troisième jour, pansement simple ; appareil pour la fracture de l'avant-bras. A partir de ce moment, tout se passa simplement, et le malade partit guéri pour Vincennes le 19 septembre

B. — Cou.

Obs. III. — *Pl. superficielles du cou et du sein.* — Boulzo (Véronique), entrée le 8 juillet 1874. Deux plaies superficielles l'une à la partie antérieure du cou et l'autre au-dessous du sein gauche. La malade s'était fait elle-même avec un couteau de poche ces blessures, qui n'intéressaient que la peau. *Pansement simple.* Elle put sortir au bout de deux jours.

C. — Tronc.

Obs. IV. — *Double plaie pénétrante de poitrine. Blessure du poumon gauche ; pneumothorax, pleuro-pneumonie traumatique. Guérison.* — Halbutiet (Charles), vingt et un ans, entré le 3 mars 1874. Il a reçu deux coups de couteau dans la paroi thoracique gauche. Il existe en effet deux plaies à bords nets de 2 centimètres à peu près de longueur, et don-

nant issue à une grande quantité de sang : l'une est située en arrière vers le sixième espace intercostal, l'autre plus bas, et en avant, dans le septième. Le sang qui s'écoule est spumeux et aéré. L'hémorrhagie augmente notablement pendant l'inspiration ; elle est accompagnée d'une dyspnée considérable.

A la percussion, en avant et en arrière, on trouve une résonnance tympanique très-nette. A l'auscultation, on ne peut constater qu'une absence complète de murmure vésiculaire, sans bruits morbides. Le malade crache quelques filets de sang. — Compression légère avec des rondelles d'amadou; immobilité absolue.

4 et 5 mars. — Fièvre très-vive; anxiété. A l'auscultation, souffle amphorique ; tintement métallique à la percussion ; matité complète à la base.

6. Même état; crachats visqueux et rouillés, TA=39.8. Matité à la base; le souffle est rude, râpeux, et a perdu le caractère amphorique. Rhum, 200 gram.; sulfate de quinine, 0gr,50.

7. Même état. Large vésicatoire du côté malade.

8 et 9. Même état.

10. L'épanchement semble diminuer : la matité remonte un peu moins haut. Le malade a moins de fièvre; plus de crachats rouillés; toujours du souffle. On commence à entendre le murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon ; il est en partie recouvert par de gros râles sous-crépitants.

11. Deuxième vésicatoire. La dyspnée diminue, P = 80.

Jusqu'au 1er avril, même état. Les crachats ont repris leurs caractères normaux ; le souffle est toujours rude ; la matité persiste dans le tiers inférieur.

1er avril. — Matité et absence de murmure vésiculaire à la base ; un peu d'égophonie au même niveau. Troisième vésicatoire.

5. L'épanchement a presque disparu. Il n'existe plus qu'un peu de submatité à la base. Applications de teinture d'iode sur toute la paroi gauche du thorax. Plus de dyspnée, TA = 37.2. État général très-satisfaisant. Le malade est désigné pour Vincennes le 17 avril.

Obs. V. — *Pl. non pénétrante de poitrine. Pleurésie purulente. Mort. Autopsie.* — Vasseur (Émile), vingt-six ans, entré le 18 janvier 1874. La plaie est peu profonde, n'intéressant que le tissu sous-cutané, excepté à la partie supérieure où les muscles sont atteints. Elle s'étend transversalement de la racine du cou du côté gauche à la fosse sous-épineuse droite. Cette solution de continuité a été produite par la chute d'un couteau *de corroyeur pesant* 25 *kilogrammes*. L'extrémité gauche de la plaie a été réunie par des épingles en ville. A l'entrée du malade, des bandelettes collodionnées maintiennent les lèvres de la plaie dans sa moitié inférieure.

21 janvier. — Un peu de suppuration, on place un tube à drainage dans la partie inférieure de la plaie. La partie supérieure est réunie.

28. Le malade est pris de fièvre avec frissons violents et céphalalgie. Toux modérée, pas de crachats.

30. Point de côté à droite, au niveau du sixième espace intercostal.

1er février. — L'auscultation révèle une diminution du murmure vésiculaire. A la percussion, matité absolue dans toute la base du poumon droit ; absence de vibrations thoraciques ; dyspnée ; égophonie.

2. Le malade est anxieux ; le pouls est fréquent ; la matité s'élève à deux travers de doigt plus haut qu'hier ; égophonie s'étendant jusqu'à la fosse sous-épineuse avec matité complète au même niveau.

4. Mêmes signes : dyspnée considérable, respiration stertoreuse, sueurs abondantes.

6. P = 140. Anxiété ; souffle très-fort, presque amphorique ; œdème tout autour de l'extrémité droite de la plaie ; frissons répétés ; la dyspnée s'est notablement exagérée depuis hier. Malgré l'absence de bruit d'airain, on pense un instant à un pneumothorax. Délire la nuit ; la dyspnée est devenue telle, que le malade est menacé de suffocation à chaque instant.

12. Mort.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Convexité de la moitié droite du thorax plus marquée que celle du côté gauche ; effacement des espaces intercostaux ; œdème notable de la paroi de ce côté, surtout au voisinage de la plaie ; celle-ci est réunie dans ses deux tiers inférieurs.

A l'ouverture, poumon gauche libre de toute adhérence ; cavité pleurale normale et sans trace d'inflammation. Rien à la coupe, sauf un peu d'œdème dans les parties déclives. Poumon droit refoulé vers le tiers supérieur de la cavité pleurale, ratatiné et comme revenu sur lui-même. Cependant, ce poumon a pu être insufflé sous l'eau, et l'on a constaté qu'il n'y avait pas de pneumo-thorax. Vaste épanchement purulent occupant toute la cavité pleurale de ce côté.

D. — Bras et avant-bras.

Obs. VI. — *Pl. superficielles de la région du pli du coude et du cou.* — Coeford (Joseph), âgé de trente-six ans, journalier, entré le 10 août 1874. Dans un accès de délire alcoolique, il a tenté de se tuer en se portant un coup de couteau au pli du coude, et au cou au niveau de la carotide. Les deux plaies n'intéressent que la peau et le tissu sous-dermique. Pansement simple : réunion complète par seconde intention au bout de trois semaines.

Obs. VII. — *Pl. par scie mécanique. Phlegmon diffus de l'avant-bras.*

Guérison. — Lefèvre, quarante-huit ans, journalier, entré le 14 janvier 1874. Ce malade a eu le bras pris par une scie mécanique. La plaie s'étend depuis le tiers supérieur de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à deux travers de doigt, au-dessus du pli du coude. Les tendons sont ménagés, mais le corps charnu des muscles paraît un peu endommagé vers la partie moyenne de l'avant-bras. Radiale et cubitale intactes. Pas d'hémorrhagies.

14 janvier. — Application d'un appareil plâtré pour immobiliser le bras, et tenir en contact les lèvres de la plaie. Pansement simple.

15. Phlegmon occasionnant un décollement de la peau depuis le bord inférieur de la plaie jusqu'au poignet. On passe un drain dans la longueur du décollement.

17. Suppuration abondante; frissons.

Lavage à l'eau iodée; à l'intérieur, 0,50 sulfate de quinine.

25. Phlegmon guéri. État général bon; la plaie se couvre de bourgeons charnus.

3 février. — On enlève le drain et l'appareil plâtré : suppuration insignifiante; plaie couverte de bourgeons charnus; petit trajet fistuleux sur le bord interne de l'avant-bras à $0^m,02$ au-dessous de l'articulation du coude.

5. La fistule est fermée; le malade guéri complétement part pour Vincennes.

Obs. VIII. — *Pl. superficielle du poignet gauche.* — Clavery (Auguste), quarante ans, sans profession, entré le 12 mai 1874. Sa plaie siége sur la face interne de l'avant-bras, à deux travers de doigt, au-dessus de l'articulation, elle est longue de 2 cent. et n'intéresse que la peau. Pansement avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Guérison au bout de dix jours.

E. — Main.

Obs. IX. — *Pl. superficielle du médius droit.* — Seigneuret (Louis), trente-trois ans, entré le 14 juillet 1874. La plaie a été faite par un tranchet de cordonnier qui n'a intéressé que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les tendons des fléchisseurs étaient intacts. Réunion avec des bandelettes de tarlatane collodionnée.

Le malade sort le 17 juillet, sans qu'on ait enlevé son pansement.

Obs. X. — *Pl. superficielle de l'annulaire et du médius droits.* — Raoult (Émile), dix-neuf ans, serrurier, entré le 5 avril 1875, s'est blessé, il y a deux heures à peine, avec une paire de cisailles à couper la tôle. Arrivé dans le service, ayant l'annulaire et le petit doigt comprimés entre

des feuilles d'amadou maintenues avec des bandelettes de diachylon. Ce premier pansement a été fait en ville; on le retire le 8 avril, et alors on trouve une plaie oblique, d'arrière en avant et de haut en bas, du bord cubital vers le bord radial, et intéressant la face dorsale des deux doigts. Les os ne sont pas à nu; les parties molles superficielles ont été seules divisées. Sort guéri le 11 avril.

Obs. XI. — *Pl. de la face dorsale de la main droite.* — Lebesgne (Eugène), vingt et un ans, entré le 12 octobre 1874. Elle occupe la base du pouce, est rectiligne, longue de 3 ou 4 centimètres, et n'intéresse que la peau. On avait fait en ville la réunion immédiate avec de petites bandelettes de tarlatane collodionnées, et le malade quitte le service au bout de deux jours, sans que le pansement ait été enlevé.

Obs. XII. — *Pl. de l'index et du médius par scie mécanique. Tétanos. Mort.* — Janval (Florent), trente ans, entré le 7 août 1873. L'index et le médius sont plus intéressés que les autres doigts. Du côté de l'index, l'ongle est arraché et la pulpe enlevée; l'extrémité de la troisième phalange est mise à nu. La même phalange du médius a été totalement enlevée par la scie. Les parties molles sont déchiquetées, mais ne présentent aucune trace de sphacèle; sur les autres doigts la peau et le tissu sous-cutané sont seuls coupés. Compresses imbibées d'alcool camphré; élévation du membre.

17 août. Le malade, qui est fort et robuste, ressent dans le cou quelques douleurs qu'il attribue à sa position.

18. Roideur marquée du cou.

19. Le matin, opisthotonos et un peu de trismus. Chloral à haute dose (8 gram.), et suppositoires de $0^{gr},01$ de morphine toutes les deux heures. Boissons chaudes. Cataplasmes laudanisés sur la plaie, qui d'ailleurs n'a pas changé d'aspect.

20. Le malade a eu une crise dans la nuit. On continue le chloral à la même dose, ainsi que les suppositoires. Boissons chaudes.

21. Sueurs abondantes. P = 90. Même traitement.

22. Trismus et opisthotonos très-marqués; sueurs abondantes. P. = 90. Chloral, 12 gram.; suppositoires. Le malade a de la difficulté pour respirer. Hier il y a eu quelques moments de relâche dans la journée; après une crise de vingt minutes, il a un peu dormi dans la nuit. La déglutition est encore possible.

23. Les mêmes accidents persistent; les crises tétaniques se renouvellent plus souvent, et ont une durée plus longue que les jours précédents; rémissions presque nulles. Même traitement.

24. Mort à huit heures du soir.

Obs. XIII. — *Pl. hélicoïde de l'index gauche.* — Loels (Nicolas), vingt-

cinq ans, boutonnier, entré le 28 avril 1874. S'est blessé en découpant du carton avec de fortes cisailles. Le tranchant de l'instrument a glissé sur le doigt placé en avant, et a produit une plaie en hélice partant du bord externe et inférieur pour aboutir au niveau de l'articulation de la dernière phalange. Le doigt blessé est très-douloureux et fortement tuméfié. L'os est mis à nu; on ne constate cependant pas de fracture. Les mouvements du doigt sont impossibles. Compresses d'eau alcoolisée.

29 avril. — Le malade a eu un peu de fièvre cette nuit; ce matin, il se trouve un peu mieux quoiqu'il souffre beaucoup de sa plaie; il a perdu complétement l'appétit.

1er mai. — On place la main sur une palette, afin d'immobiliser le doigt. Pansement avec la charpie et l'alcool camphré. L'appétit est revenu; dort assez bien.

4. La plaie offre un bon aspect; la peau s'est détachée dans une certaine étendue sur ses bords.

12. La tuméfaction du doigt et des parties environnantes a complétement disparu; la plaie se réunit vers ses extrémités; sur le milieu, un peu de suppuration; état général excellent.

18. La réunion continue, une partie de la face dorsale de la troisième phalange semble nécrosée.

28. La réunion de la plaie est à peu près complète, excepté au niveau du séquestre qui fait un peu saillie entre les bords de la plaie; on attendra qu'il soit mobile pour l'extraire.

12 juin. — Le séquestre est très-peu mobile et ne peut être enlevé: le malade quitte le service sur sa demande.

Obs. XIV. — *Pl. superficielle de l'index gauche.* — Pierre (Ernest), vingt et un ans, sellier, entré le 19 février 1875. Faite par un tranchet de cordonnier et occupant les faces interne et dorsale de l'index. L'instrument a coupé en dédolant. Petite hémorrhagie arrêtée par de la compression faite avec de l'amadou.

Compression et pansement avec l'eau alcoolisée. Réunion complète au bout de six jours.

Obs. XV. — *Pl. profonde de l'index gauche.* — Cozu (Louis), quatorze ans, ouvrier en papiers peints, entré le 20 mai 1874. Cette plaie a été faite il y a deux heures par un fort ciseau de menuisier.

La peau de la face dorsale du doigt est coupée sur une étendue de 3 à 4 centimètres, dans une direction oblique de bas en haut. Gonflement considérable et très-douloureux; la plaie a donné beaucoup de sang; le périoste n'a pas été atteint. Le malade a un peu de fièvre. Irrigation continue.

22 mai. — Plus de fièvre ; les douleurs sont bien moins fortes ; la plaie prend un meilleur aspect.

25. La réunion commence à se faire.

29. Sort guéri le 2 juin.

Obs. XVI. — *Pl. de la main gauche par scie mécanique.* — Louis (Léon), treize ans, entré le 8 mars 1874. Elle siége avec le milieu de l'éminence hypothénar qu'elle intéresse dans toute son épaisseur. Les deux premiers métacarpiens sont complétement sciés. Le petit doigt et l'annulaire sont pour ainsi dire isolés avec une moitié de leurs métacarpiens. Immobilisation avec irrigation continue.

Au bout de quelques jours, la réunion à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. Guérison complète au bout d'un mois. *Les os se sont réunis* comme le reste.

Obs. XVII. — *Pl. pénétrante de l'articulation radio-carpienne droite.* — Noges (Pierre), cinquante-deux ans, chauffeur, entré le 18 janvier 1875. (La plaie, pour laquelle il entre aujourd'hui, a été faite il y a un mois par un éclat de fer.) Au niveau de la face dorsale de l'articulation du poignet droit on remarquait une plaie profonde intéressant l'articulation. Gonflement énorme ; impossibilité absolue de faire aucun mouvement de la main ; rigidité des doigts.

Immobilisation de la main dans un appareil plâtré, construit de telle façon que l'on puisse appliquer des cataplasmes sur la face dorsale de la main. Amélioration notable ; le malade quitte le service avec son appareil le 1er février.

§ II

PLAIES PAR ARRACHEMENT.

Quatre. Toutes par des engrenages ; aucune d'elles n'était un simple arrachement ; il y avait en même temps écrasement des parties voisines. Trois ont porté sur les doigts, une sur les orteils ; celle-ci a donné lieu à une hémorrhagie inquiétante. Toutes ont guéri aisément, et sans accidents consécutifs ; toutefois, on a été obligé de sacrifier les parties écrasées.

Obs. XVIII. — *Arrachement de l'ongle et écrasement de la deuxième phalange du pouce droit.* — Fieffy, quinze ans, apprenti mécanicien, entré le 7 avril 1875, a eu hier l'extrémité du pouce droit pris dans un engrenage.

La deuxième phalange du pouce est écrasée, l'ongle arraché, et la surface subjacente est rouge et saignante. La perte de substance est taillée

en biseau aux dépens de la face dorsale, et la phalange a été séparée dans l'étendue d'un centimètre environ. Les parties molles sont contuses et déchiquetées. Gonflement et douleurs très-vives de tout le pouce.

Compresses d'eau alcoolisée; immobilisation de la main; disparition de la douleur et du gonflement au bout de quatre jours. Guérison complète le huitième jour.

Obs. XIX. — *Arrachement complet de l'annulaire. Arrachement partiel avec écrasement du médius. Amputation de ce doigt.* — Lachné (Frédéric), trente et un ans, mécanicien, entré le 25 septembre 1874. Cet homme a eu la main droite prise dans un engrenage de machine à vapeur. Deux doigts ont été atteints, le médius et l'annulaire. Ce dernier a été arraché complétement. Les parties molles, voisines de l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante, ont été dilacérées. Le médius a été broyé et déchiré, et son articulation métacarpo-phalangienne a été ouverte sur sa face dorsale. Un peu de gonflement de toute la main, qui d'ailleurs est peu douloureuse. Hémorrhagie insignifiante. Ce malade n'éprouve qu'une souffrance assez modérée, et ressent surtout de l'engourdissement dans la main ; la peau est fraîche. Il a assez bien dormi, et ce matin il a mangé de bon appétit. P = 84. Irrigations continues.

26 septembre. — A passé une bonne journée ; l'inflammation ne s'est pas étendue; le gonflement n'a pas augmenté.

27. Il est nécessaire de débarrasser le malade du doigt médius qui ne pourrait que se mortifier. L'amputation se fait au niveau de l'articulation ouverte. On rapproche les lambeaux avec trois points de suture; la main est placée dans un appareil ouaté.

28. A souffert cette nuit et n'a pu dormir; inappétence. P = 90.

30. Toujours un peu de fièvre. P = 84. Se plaint de souffrir de son appareil qui répand une odeur assez pénétrante. On enlève l'appareil, et on trouve que la réunion par première intention a réussi en partie. Il y avait un peu de sang dans l'appareil, ce qui avait probablement causé la mauvaise odeur. On se contente de panser avec de la charpie et de l'eau alcoolisée.

1er octobre. — Se trouve mieux, a dormi, cependant a toujours de l'inappétence. P = 80.

3 octobre. — La plaie a bon aspect, encore un peu de suppuration. Pas de fièvre ; sommeil très-agréable; l'appétit revient; plus de douleurs.

10. Les deux plaies de doigt sont cicatrisées, et le malade sort.

Obs. XX. — *Pl. par arrachement avec écrasement des trois derniers doigts de la main gauche. Bain permanent, puis amputation de l'annulaire et des deux dernières phalanges du médius. Réunion par première intention. Guérison complète au bout de trois semaines.* — Delaunay



(Julien), mécanicien, trente-six ans, est entré le 14 septembre 1874. Cet homme a eu la main gauche prise dans un engrenage de machine à vapeur. Le petit doigt est coupé au niveau de la deuxième phalange. L'annulaire présente une plaie hélicoïde, qui s'étend de la face dorsale sur les deux faces latérales. La peau est déchirée. Ce doigt est tuméfié et broyé à son extrémité libre ; la troisième phalange est repliée à angle droit sur la seconde, qui est elle-même presque dénudée et écrasée dans sa moitié inférieure. A sa partie moyenne, l'articulation métacarpo-phalangienne du même doigt est ouverte, et la portion du tendon de l'extenseur commun qui se rend à ce doigt a été déchirée et broyée. Le médius est largement mutilé, et les deux dernières phalanges sont entièrement broyées. La troisième est en grande partie séparée de la peau. Il s'est écoulé peu de sang au moment de l'accident. La main est très-peu tuméfiée ; elle est seulement un peu chaude. P = 88. Douleurs peu vives. L'appétit est assez bon. On place la main dans une position inclinée, et on fait de l'irrigation continue.

16 septembre. — Douleurs tolérables; a dormi quelques heures; n'a pas perdu l'appétit. P = 84.

18. N'a point dormi cette nuit; souffre beaucoup dans la main; P = 90.

23. Disparition des symptômes inflammatoires; on reconnaît que l'amputation de l'annulaire est nécessaire, ainsi que celle des deux premières phalanges du médius. On place des pinces hémostatiques sur les vaisseaux donnant du sang et l'on réunit par première intention.

24. A beaucoup souffert hier et cette nuit. La peau est chaude. P = 104. Se trouve bien mieux depuis qu'on a ôté les pinces et fait le pansement. Les yeux sont brillants, la langue sèche et pâteuse. Pas d'appétit.

26. Peau légèrement chaude; pas de sommeil ni d'appétit; se plaint moins de la main. P = 92. Les plaies se sont réunies par première intention.

29. Va bien mieux; peu de fièvre; appétit revenu; plus de douleurs.

Sort complétement guéri le 2 octobre.

Obs. XXI. — *Arrachement de deux phalanges des deux premiers orteils du pied gauche avec écrasement d'une autre.* — Alexandre (Jean), savonnier, trente-neuf ans, entré le 4 septembre 1874. Cet homme a eu les deux premiers orteils du pied gauche pris dans une roue de machine à vapeur. Il a été transporté chez lui, et il y est resté vingt-quatre heures. Dans la nuit, une hémorrhagie est survenue, et a été difficilement arrêtée avec de l'amadou. Il a beaucoup souffert aussi cette nuit, et c'est alors qu'il s'est fait transporter à l'hôpital Saint-Louis. Au moment de l'accident, la plaie avait donné très-peu de sang.

La peau du gros orteil est enlevée depuis l'extrémité libre jusqu'à l'ar-

ticulation. L'ongle a été arraché, ainsi qu'une partie de la phalange, de telle sorte que l'extrémité libre de l'os est taillée en biseau. La dernière phalange du second orteil a été complétement séparée au niveau de son articulation. A son entrée, la douleur est peu vive; le sommeil et l'appétit sont bons; point de fièvre. On panse avec des compresses d'eau froide.

8 septembre. — On régularise les lambeaux de peau, que l'on rapproche vers l'extrémité de l'os à la manière d'un moignon.

La cicatrisation se fait sans aucune complication.

Le malade quitte le service complétement guéri au bout de trois semaines.

§ III

PLAIES PAR MORSURES.

Il n'y a eu qu'une seule plaie par morsure; elle était très-étroite, et comparable à une plaie par instrument piquant; elle avait été faite par un chat de petite taille. Elle eut néanmoins de très-sérieuses conséquences, car le malade, par suite d'un phlegmon de la main et d'une lymphangite de l'avant-bras, perdit les mouvements de l'index (obs. XXII).

La seconde observation a pour sujet un malade qui avait été mordu par un chien, longtemps avant son entrée dans le service. La cicatrice ne présentait rien de particulier, et il entrait pour un accès de délire effrayant. Cet accès disparut sans autre conséquence; peut-être était-il sous l'influence d'un état mental assez mauvais (obs. XXIII).

Obs. XXII. — *Pl. de l'index par morsure de chat. Phlegmon de la main. Lymphangite suppurée de l'avant-bras. Guérison avec perte de mouvements des deux articulations phalangiennes de l'index.* — Sterpinich (Nicolas), musicien, entré le 6 mars 1874. A été *mordu il y a quatre jours par un chat;* il a tout d'abord ressenti une douleur assez vive, mais qui n'a point persisté. Dans la journée du lendemain, il n'a rien vu de particulier et a pu continuer son travail habituel. Dans la nuit du mardi au mercredi, il a commencé à souffrir de cuisson et d'élancements très-forts. L'index gauche s'est tuméfié; c'est ce doigt qui avait été mordu, et c'est celui dont se sert surtout le malade dans l'exercice de sa profession (il joue de l'accordéon).

Pendant la journée du mercredi, le gonflement s'est étendu à la main et à l'avant-bras; l'annulaire et le petit doigt ont été épargnés; le médius lui-

même est assez gonflé. Le malade a appliqué des cataplasmes ; mais voyant que son état s'aggravait, il s'est présenté à la consultation. La main gauche est fortement œdématiée. L'index est le siége d'un gonflement très-marqué ; il est extrêmement douloureux à la pression, c'est à peine si le malade permet qu'on y touche. La morsure siége au niveau de la troisième articulation. La peau est tendue et violacée. De nombreuses traînées rouges existent sur l'avant-bras jusqu'au voisinage du coude. Cataplasmes, frictions à l'onguent napolitain sur l'avant-bras.

8 mars. — Le malade, qui avait complétement perdu l'appétit, éprouve aujourd'hui le besoin de prendre un peu de nourriture. Les élancements et la cuisson éloignent tout sommeil ; parfois il ne sent plus son bras. La peau est décollée sur toute la face dorsale de l'index ; elle est blanche et s'est rompue. Du pus sort par l'ouverture. P = 120.

10. A beaucoup souffert cette nuit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index ; un décollement s'est fait entre l'index et le pouce ; il s'est formé un orifice par lequel sort beaucoup de pus. On perçoit une fluctuation profonde au-dessous des éminences thénar et hypothénar. P = 120.

13. Même état. P = 110. Le malade souffre toujours beaucoup. On pratique plusieurs incisions pour faciliter la sortie du pus.

16. Pas de sommeil ; il ressent continuellement les mêmes élancements. La suppuration se maintient aussi abondante. Le malade est un peu plus calme le jour ; il peut dormir une heure à différentes reprises. P = 108.

18. La fièvre est revenue plus vive hier et cette nuit ; perte complète de l'appétit. Un abcès se forme à la partie supérieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessous du pli du coude. Des élancements se font sentir. P = 115.

20. La fluctuation est évidente dans l'abcès de l'avant-bras ; on pratique une incision.

21. Le malade est plus tranquille, et il a pu reposer cette nuit ; les douleurs sont encore vives, mais plus tolérables. P = 105.

25. État général meilleur ; l'appétit revient lentement ; la plaie suppure un peu moins.

30. Le gonflement de la main a bien diminué ; seul l'index est resté volumineux et rigide. P = 85.

2. Le mieux est de plus en plus apparent ; les forces reviennent, l'appétit est bon. P = 75. Le malade se lève plusieurs heures.

5. La plaie ne suppure plus ; le malade est guéri ; il a recouvré les mouvements de la main ; seul l'index est inflexible.

Obs. XXIII. — *Morsure de chien guérie depuis longtemps. Accès de*

délire tardif. — Fropier (Alfred), vingt-quatre ans, jardinier, entré le 8 juin 1874. Le malade *a été mordu il y a un mois* par un chien, qui lui fit au mollet une petite plaie circulaire d'un centimètre de diamètre à peu près. Il se fit cautériser tout de suite ; le chien d'ailleurs n'était pas malade d'après le rapport du vétérinaire.

Le 9 juin, le malade songeant à sa morsure fut saisi d'*une vive frayeur ;* il quitta précipitamment la table où il mangeait en famille, *et s'enfuit dans le jardin se cachant et voulant se tuer.* Ces idées de suicide ont duré trois jours. Le malade n'est pas alcoolique, n'a aucun antécédent héréditaire qui puisse faire songer à la folie. Au moment de son entrée, on constate que la petite plaie est cicatrisée. Opium à l'intérieur ; sommeil pendant la nuit. Pendant les quatre jours qu'il passa dans le service, les phénomènes nerveux disparurent ; ils ne se sont pas reproduits depuis (juin 1875).

§ IV

PLAIES PAR ARMES A FEU.

Deux cas, le premier ne présente rien à signaler ; dans le second, il y eut une série d'accidents assez graves, que l'on peut attribuer autant à la susceptibilité de la région blessée (la paume de la main) qu'à la nature des projectiles (grains de plomb nombreux) ; il y eut successivement une arthrite purulente de l'articulation radio-carpienne, un phlegmon de la main, des hémorrhagies secondaires assez graves pour que l'on ait été obligé de lier la cubitale et la radiale vers l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Malgré tout, le malade guérit, sans qu'il lui restât d'autres suites qu'une légère diminution des mouvements de flexion (obs. XXV).

Obs. XXIV. — *Balle de revolver en séton dans le mollet droit.* — Leroy (Jules), vingt-six ans, sans profession, entré le 25 février 1874. Cet homme a reçu, en se sauvant des mains d'un gardien de la paix, une balle de revolver dans le mollet droit. La plaie n'a donné que peu de sang. Le blessé a subi au poste un pansement provisoire.

L'orifice d'entrée se trouve sur la région postérieure et externe de la jambe, à 15 centimètres au-dessus du bord inférieur de la malléole externe. La direction du trajet suivi par la balle est oblique de bas en haut, d'arrière en avant ; la porte de sortie est à la région antérieure de la jambe, en avant du péroné, à 3 centimètres de la crête du tibia. La longueur du con-

duit est de 12 centimètres. Le stylet introduit permet de reconnaître que l'os est mis à nu.

L'orifice d'entrée est placé plus bas que l'orifice de sortie, ce qui fait supposer que l'individu a été blessé au moment où, dans sa fuite, il avait la jambe repliée presqu'à angle droit sur la cuisse. Un gonflement peu considérable s'étend aux parties voisines, et la pression n'est douloureuse que sur le trajet du canal creusé par la balle. La couleur de la peau est normale. Pas de fièvre. Compresses d'eau froide.

26 février. — Le malade n'a pu dormir à cause des douleurs qu'il ressent. La plaie suppure très-peu. On passe un drain.

28. La jambe est moins douloureuse ; le malade a pu dormir.

2 mars. — Le gonflement a à peu près disparu; la pression est peu pénible. La suppuration est la même, mais le pus est mieux lié, et prend de plus en plus l'aspect de pus de bonne nature.

6. Plus de trace de gonflement ; douleur et suppuration à peu près nulles. On retire le drain, et on laisse la plaie se cicatriser.

Guérison complète le 11 mars ; le malade quitte le service.

Obs. XXV. — *Pl. par arme à feu de la face palmaire de la main. Arthrite purulente de l'articulation radio-carpienne. Phlegmon de la main. Hémorrhagies tardives abondantes. Ligature de la cubitale et de la radiale. Arthrite des deux articulations phalangiennes de l'annulaire. Guérison.* — Vachet (Désiré), entré le 31 décembre 1874 pour une plaie de la main gauche produite par un revolver chargé de petit plomb, et tiré à bout portant.

A la partie médiane de la face palmaire de la main droite, on aperçoit une petite plaie béante, à bords inégaux, déchiquetés et renversés en dedans ; il n'y a pas de trou de sortie. La charge entière est logée dans la main ; afin de ne pas provoquer d'hémorrhagie, on n'essaye pas de sonder la plaie ; pas de fracture des métacarpiens ; seulement un léger gonflement de la main et du poignet. Compresses d'eau alcoolisée.

9 janvier. — Tuméfaction énorme de toute la face dorsale de la main, du poignet et même de l'avant-bras. L'inflammation a suivi la gaîne synoviale des extenseurs des doigts et la main tout entière est le siége de vives douleurs.

10. Mouvements de l'articulation radio-carpienne impossibles ; tuméfaction et rougeur violacée ; fluctuation évidente. On pratique une incision à la face dorsale de la main, un peu au-dessous de l'articulation ; issue d'une assez grande quantité de pus séro-sanguinolent. On passe un drain pour maintenir l'incision béante.

11. Une hémorrhagie s'est faite dans la nuit par la plaie palmaire et a été difficilement arrêtée.

12. De nouvelles hémorrhagies se font par la plaie de la face palmaire.

La quantité de sang est assez sérieuse pour que le lendemain on pratique la ligature métallique des artères cubitale et radiale au tiers inférieur.

16. Pas d'hémorrhagie depuis la ligature, et les symptômes inflammatoires ont également diminué d'intensité.

18. Le malade accuse de nouvelles douleurs, surtout dans l'annulaire. Arthrite des articulations phalangiennes de ce doigt ; les plaies des ligatures sont presque fermées.

20. Une fusée purulente s'est montrée vers les parties postérieure et inférieure de l'avant-bras, au-dessus du poignet, et a occasionné un vaste décollement des téguments de toute cette région. Une contre-ouverture correspondant à la première incision de la face dorsale de la main est pratiquée pour le passage d'un tube en caoutchouc à demeure. Deux grains de plomb sont sortis avec le pus par la plaie.

27. Le malade est pris subitement de malaise avec fièvre et frissons. Deux jours plus tard, on constate l'apparition d'une rougeole, et le malade est transporté au chalet. La desquamation se fait trois jours après sans accident.

A ce moment, un nouvel abcès se forme et nécessite le passage d'un drain allant de la face dorsale de la main vers la partie antérieure et interne du poignet. Le pus s'écoule toujours en grande quantité par les tubes à drainage. On fait quelques lavages avec la teinture d'iode étendue. État général satisfaisant.

15 février. — Les drains sont enlevés. Les arthrites de l'annulaire ont disparu, mais la main est dans l'extension forcée ; les mouvements de flexion sont très-douloureux.

2 mars. — Plus de suppuration ; les mouvements sont toujours douloureux. Il y a toujours un peu de gonflement au poignet. Il n'existe plus qu'une petite plaie très-superficielle, triangulaire, siégeant à la face dorsale du poignet, et résultant du contact prolongé des drains.

Le malade quitte le service le 25 avril. Il a été revu le 15 mai ; les mouvements de flexion sont possibles, mais un peu moins étendus que ceux de la main droite.

§ V

PLAIES PAR INSTRUMENTS PIQUANTS

Comparée à celle de certains établissements hospitaliers d'autres contrées, notre statistique est bien pauvre, puisque nous n'avons que trois cas ; encore deux de ces plaies n'ont-elles point été faites avec des instruments piquants proprement dits, mais avec des instruments à la fois piquants et tranchants. Cette

différence tient à ce qu'elles offrent rarement assez d'importance pour que nous admettions les malades dans nos salles. Nous avons rangé dans ce paragraphe les plaies dans lesquelles le couteau qui a servi d'arme a frappé plutôt comme un instrument piquant que tranchant. La réunion s'est faite aisément, sauf dans deux cas. A la suite d'une piqûre de la face dorsale de la main, il y eut un phlegmon de la main et de l'avant-bras. La simple piqûre de la plante du pied par un clou de la chaussure a suffi pour produire un phlegmon de tout le pied (obs. XXIX).

Obs. XXVI. — *Pl. simple du dos.* — Triquemeaux (François), dix-neuf ans, sellier, entré le 18 février 1875. A reçu hier un coup de couteau, dont la pointe a seule atteint la peau à 4 centimètres en dehors et à droite des apophyses épineuses des huitième et neuvième vertèbres dorsales. La plaie a 1 centimètre 1/2 de longueur ; elle est superficielle. Compresses d'eau alcoolisée. Guérison au bout de trois jours.

Obs. XVII. — *Pl. simple de la main.* — Maur (Arnault), sans profession, soixante-dix-sept ans, entré le 27 avril 1874 pour une plaie faite il y a dix jours par un des crochets qui servent à relever les fenêtres mobiles des omnibus. Depuis lors, il a fait des lotions avec de l'eau de guimauve, et mis des cataplasmes.

La plaie est longitudinale, siége sur la face dorsale de la main au-dessus du quatrième métacarpien ; elle est rectangulaire, et n'a point mis l'os à découvert. La peau du dos de la main est d'un rouge violet assez prononcé. Zone inflammatoire de $0^m,01$ de largeur autour de la plaie. Immobilisation de la main et cataplasmes jusqu'au 1er mai. Les accidents inflammatoires étant disparus, on remplace le cataplasme par de la charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Guérison complète le 15 mai.

Obs. XXVIII. — *Petite pl. de la face dorsale de la main par la pointe d'un couteau. Phlegmon consécutif. Ponction, drainage, lavages iodés. Guérison.* — Coroit (Alphonse), vingt-sept ans, garçon boucher, entré le 10 juillet 1874. Pendant son travail, le malade s'était piqué il y a huit jours, avec la pointe d'un couteau, vers la partie moyenne du premier espace interdigital de la main gauche. Toute la face dorsale de la main est le siége d'un vaste abcès qui a produit un gonflement énorme. Peau violacée, luisante, chaude et tendue ; fluctuation évidente. Les doigts eux-mêmes sont le siége d'un œdème qui gêne la circulation en retour ; ils sont engourdis ; la peau est noire.

Ponction et passage d'un drain ; il s'écoule une quantité considérable de

pus mêlé de sang noirâtre. Deux jours après, on commença des lavages phéniqués, puis iodés, et le malade pouvait quitter la salle au bout d'un mois, complétement guéri.

Obs. XXIX. — *Piqûre de la plante du pied par un clou de la chaussure : phlegmon du pied. Incision. Guérison.* — Proust (François), papetier, seize ans, entre le 4 septembre 1874. Ce jeune homme a été piqué il y a trois jours par un clou de sa chaussure. La plaie était très-étroite, la douleur peu vive ; il a continué de marcher pendant un jour mais non sans ressentir cependant quelques douleurs dans le pied. Le soir, le pied était tuméfié et douloureux, la marche n'était plus possible. Il se décide à venir à l'hôpital le lendemain. Le pied est fortement tuméfié, douloureux à la pression ; il est le siége d'élancements insupportables ; la peau est chaude et rouge ; la voûte plantaire a disparu. Peau chaude. P = 104. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre. Inappétence et insomnie. Constipation ; plusieurs frissons dans la journée. Immobilisation du pied dans une gouttière de fil métallique. Cataplasmes.

6 septembre. — A beaucoup souffert, n'a pas eu cette nuit un instant de repos, éprouve des battements continuels dans le pied.

7. La nuit a été très-agitée ; on sent du pus profondément. On pratique deux incisions en avant des deux malléoles pour donner issue au pus. P = 108 ; TA = 39°,6.

9. La suppuration se fait bien par les deux ouvertures. La tension a diminué ; la douleur est moindre. Pas d'appétit. P = 100.

12. Le gonflement de la face dorsale est resté sensiblement le même ; la peau de la face plantaire est décollée dans une grande étendue. Le malade a pu dormir un peu les deux dernières nuits ; il a pris quelques aliments d'assez bon appétit. P = 90.

15. La suppuration est toujours active ; douleurs presque nulles ; le sommeil et l'appétit tardent à venir. La langue est blanche. P = 100. Peau chaude.

19. Se plaint de nouvelles douleurs dans le pied ; la peau est tendue et chaude en avant de l'articulation, et principalement en dedans. P = 112, petit et serré, a eu des frissons.

20. On trouve un peu de fluctuation sur le bord interne du pied ; aucun repos pendant la nuit.

21. On passe un drain au milieu de la collection purulente.

23. Se trouve un peu mieux ; le pus a décollé la peau de la face dorsale du pied, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, et sort très-bien par le drain. P = 104.

24. A bien dormi ; éprouve le besoin de prendre de la nourriture. La peau est moins chaude. P = 92.

27. Continue de mieux aller; la peau est fraîche; plus de fièvre; la langue se nettoie. L'appétit augmente chaque jour; le volume du pied diminue sensiblement.

1er octobre. — L'état général est bon; l'épiderme du pied tombe, mais le dernier se nourrit et se rattache peu à peu aux parties profondes.

4. Le malade se lève mais ne peut guère s'appuyer sur sa jambe.

10. Part pour Vincennes complétement guéri.

§ VI

CONTUSIONS ET PLAIES CONTUSES

Dans ce paragraphe sont comprises des lésions très-diverses au point de vue de leur étendue et de la gravité de leur pronostic, car nous avons cru devoir réunir ici les contusions simples et les plaies contuses. Nous mentionnons d'abord les contusions simples en suivant les régions, puis nous arrivons aux plaies contuses placées toujours d'après le même ordre.

Cette disposition a mis en évidence ces deux faits : 1° que dans les régions protégées contre les chocs extérieurs, comme le tronc et surtout le pied, les contusions sont plus communes que les plaies; 2° qu'il est très-rare qu'un traumatisme atteigne un point du corps habituellement découvert, comme la face ou la main, sans léser tout d'abord les téguments. Ainsi nous n'avons pas eu à enregistrer une seule plaie contuse du tronc, tandis que douze malades ont été soignés pour contusions des membres. Au membre supérieur, on a trouvé neuf plaies, dont quelques-unes suivies d'accidents graves. Au membre inférieur, on en a noté onze; ce qui semblerait démontrer que les plaies du membre inférieur sont aussi fréquentes que celles du membre supérieur. Toutefois si nous recherchons le nombre de traumatismes qu'ont supportés les deux régions, nous verrons qu'il est plus considérable dans la seconde que dans la première.

En effet, nous n'avons noté que cinq contusions simples du membre supérieur. Au membre inférieur, au contraire, nous trouvons dix contusions dont deux intéressant les parties profondes et trois suivies de complications. En somme, sur vingt

et un traumatismes du membre inférieur, la peau a été épargnée dans dix cas, c'est-à-dire presque une fois sur deux. Au membre supérieur elle ne l'a été que cinq fois sur quinze.

La proportion fournie par les observations relatives à la tête est la même que celle du membre supérieur ; on a eu à traiter quatre contusions pour douze plaies.

Nous pouvons du reste mettre mieux en évidence ces données statistiques en les réunissant dans un même tableau :

Tableau comparatif des contusions et des plaies contuses.

Contusions	superficielles	Tête		simples	0
				avec complications	1
		Tronc		simples	6
				avec complications	2
		Membres	supérieur	simples	5
				avec complications	0
			inférieur	simples	9
				avec complications	1
	profondes	Tête		simples	0
				avec complications	0
		Tronc		simples	0
				avec complications	0
		Membres	supérieur	simples	0
				avec complications	0
			inférieur	simples	0
				avec complications	1
Plaies contuses	superficielles	Tête		simples	8
				avec complications	4
		Tronc		simples	0
				avec complications	0
		Membres	supérieur	simples	5
				avec complications	1
			inférieur	simples	6
				avec complications	0
	profondes	Tête		simples	0
				avec complications	0
		Tronc		simples	0
				avec complications	0
		Membres	supérieur	simples	3
				avec complications	1
			inférieur	simples	4
				avec complications	1
				TOTAL	58

Comme on peut le voir par ce tableau, les contusions ont été accompagnées aussi fréquemment de complications que les plaies elles-mêmes. Nous trouvons en effet cinq accidents pri-

mitifs, dont la plupart doivent être mis sur le compte de la douleur, et un accident tardif; ce sont :

1°	Troubles gastro-intestinaux................	1 cas.
2°	Dyspnée mécanique.....................	1
3°	Hyperesthésie de la partie contuse et de tout le membre inférieur..................	1
4°	Épanchement sanguin.....................	1
5°	Lymphangite..........................	1

Les trois premières complications se sont présentées dans de larges contusions du tronc; la seconde fit croire un moment à une fracture de côte. (Voy. obs. XXXIV.) La dyspnée disparut avec la douleur qui l'occasionnait au bout de quarante-huit heures.

L'épanchement sanguin primitif fut produit d'une manière assez singulière : la malade ayant été renversée par une lourde voiture, la contusion eut pour cause une pression très-forte contre un seau de bois qu'elle portait à la main (voy. observation LIV). Ce fut d'ailleurs la seule complication primitive qui réclama un traitement particulier (passage d'un tube à drainage); toutes les autres disparurent soit par le repos, les bains généraux, etc.

Les complications des plaies ne furent pas plus nombreuses; on en trouva six; encore, deux se sont-elles présentées chez le même malade : un phlegmon de la jambe et plus tard un érysipèle. On n'a eu affaire qu'à un seul accident primitif, une perte de connaissance à la suite d'une chute de voiture. Comme il s'agissait d'une plaie superficielle, la guérison survint sans encombre.

Voici du reste l'énumération de ces complications :

Perte de connaissance après l'accident.......	1
Phlegmons..............................	3
Érysipèles	2
Accidents tétaniques......................	1

Un des phlegmons fut consécutif à une plaie de la jambe faite par un coup de pied de cheval. Les parties molles étaient

profondément intéressées, et le tibia presque dénudé dans une petite étendue ; malgré cela, on réunit la plaie en ville par trois fils métalliques. Au bout de quatre jours survint un phlegmon qui obligea d'enlever les points de suture, de placer un tube à drainage, et de faire plusieurs débridements. La convalescence approchait lorsque apparut un érysipèle; le malade guérit néanmoins. (Voy. obs. LXXVII.)

Un accident de même nature produisit également une plaie contuse du mollet chez un individu que son état général semblait tout spécialement prédisposer aux complications. C'était un scrofuleux qui, au moment de son entrée dans nos salles, avait une tumeur ganglionnaire du cou en pleine suppuration. Contrairement à nos prévisions, il guérit avec la plus grande facilité.

L'enfant qui fait le sujet de l'observation LXXII est également fort intéressant. La guérison survint chez lui, malgré un épouvantable écrasement de la main, et des accidents tétaniques graves.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur la nature des causes, nous trouverons que treize plaies et contusions ont été produites par des roues de voiture, dix-huit par une chute le plus souvent d'une certaine hauteur, dix-sept par le choc de corps de différente nature et de différent poids tombés de plusieurs mètres, huit par coup de pied de cheval.

Les traitements ont été différents, suivant la région, la profondeur de la plaie et l'intensité de la douleur. Ils ne peuvent guère donner lieu à une comparaison. Nous commençons par les contusions simples et nous terminons ce chapitre par les plaies contuses.

I. CONTUSIONS.

A. — Tête.

Obs. XXX. — *Contusion de la tête et de l'avant-bras. Perte de connaissance. Guérison.* — Lévêque (Jules), qninze ans, sans profession, entré le 10 juin 1874, est tombé du quatrième étage sur le toit d'un rez-de-chaussée, et de là sur le sol. Il a perdu connaissance sur-le-champ, et ne l'a recouvrée que plusieurs heures plus tard.

A son entrée, on trouve : une large ecchymose palpébrale du côté gauche ; quelques ecchymoses existent sur le front et le cuir chevelu. Au poignet gauche, on constate une suffusion sanguine occupant la partie antérieure de l'avant-bras dans une étendue de 12 à 15 centimètres. Pas de fracture, ni d'entorse. Les mouvements de la main sont parfaitement libres, et on ne trouve ni mobilité anormale, ni déformation.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont normaux, et cependant le malade se plaint d'une douleur très-vive au niveau du grand trochanter. Large ecchymose sur la région sacrée. Quand on immobilise avec la main l'un des côtés du bassin, et qu'on s'efforce d'imprimer des mouvements au côté opposé, il ne se produit pas de mobilité anormale.

De petites ecchymoses se trouvent aussi sur les deux jambes ; aucun écoulement de sang ou de sérosité par les oreilles.

11 juin. — Le malade est abattu. P = 95. Inappétence.

13. L'assoupissement a disparu ; plus de fièvre ; a dormi toute la nuit.

18. Le malade, qui s'est levé malgré la défense qui lui en a été faite, tousse et a de la fièvre ; il est pris de bronchite.

22. Plus de fièvre, tousse moins ; appétit bon.

25. Le malade se lève ; on voit encore quelques traces des contusions. Sort guéri le 5 juillet.

B. — Tronc.

Obs. XXXI. — *Contusion simple* (*région thoracique*). — Zecca (Étienne), vingt-deux ans, entré le 8 novembre pour une contusion de la région thoracique gauche et de la face vers la joue du même côté. Le malade avait été atteint par la chute d'un madrier. Bains de vapeur. Sort au bout de deux jours, guéri.

Obs. XXXII. — *Contusion simple* (*régions thoracique et abdominale*). — Varembourg (Charles), quarante-huit ans, entré le 26 octobre 1874, a fait la veille une chute sur le côté droit du corps. Ecchymose au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; aucun signe de fracture. Six ventouses scarifiées sur le point douloureux. Le malade en ressent aussitôt un grand soulagement. Guérison complète au bout de quatre jours.

Obs. XXXIII. — *Contusion simple* (*région thoracique*). — Bouvet (Louis), cinquante ans, plombier, entré le 16 avril 1875. Tombé hier d'un premier étage. Toute la moitié latérale gauche du tronc a violemment porté contre le sol. Plusieurs ecchymoses sur la poitrine et au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Douleur limitée assez vive dans toute la moitié gauche du thorax.

Quatre ventouses scarifiées. Guérison au bout de quatre jours.

Obs. XXXIV. — *Contusion simple (région thoracique). Dyspnée mécanique.* — Gaube (Élisée), vingt-sept ans, camionneur, entré le 15 février 1875. A reçu il y a deux jours un coup de pied de cheval. Douleurs spontanées pendant l'inspiration exagérée par la pression, au niveau de l'angle de la neuvième et de la dixième côte. Ecchymose au même niveau; pas de crépitation. Bandage de corps. Disparition de la douleur, et sortie au bout de deux jours.

Obs. XXXV. — *Contusion simple (région dorsale).* — Laurent (François), entré le 3 mai 1875. Tombé hier d'un deuxième étage sur le sol. Léger gonflement et douleur à la pression dans toute la région lombaire; mouvements du tronc très-pénibles; quelques ecchymoses sans importance à la surface du dos.

Repos au lit. Guérison au bout de quatre jours.

Obs. XXXVI. — *Contusion simple (région lombaire). Hyperesthésie de tout le membre inférieur.* — Pinchard (Jean-Baptiste), soixante-deux ans, scieur de long, entré le 11 novembre 1874. Cet homme a été pris sous une cloison de bois et de plâtre qui l'a jeté à terre, recevant le choc de la cloison principalement sur la région lombo-dorsale. Les jambes aussi avaient été prises sous la masse; il a été bientôt dégagé, mais il lui a été impossible de se tenir debout, tant étaient vives les douleurs qu'il ressentait par tout le corps; il ne se sentait plus, pour ainsi dire.

La douleur était surtout très-vive au niveau du flanc droit, où l'on trouvait une ecchymose et un gonflement diffus. Le médecin du malade fit appliquer des sangsues, et le blessé resta cinq jours chez lui, puis fut amené à l'hôpital.

Pas de plaie, pas de signes de fracture; seulement une *hyperesthésie vive* de toute la région pressée par la cloison; ne peut remuer les jambes.

Repos au lit, bains généraux.

18 novembre. — La sensibilité est normale, peut remuer les deux membres inférieurs.

28. Se lève et marche depuis plusieurs jours avec des béquilles; peut partir pour Vincennes. Au bout de dix-sept jours, guérison complète.

Obs. XXXVII. — *Contusion simple (région lombaire).* — Chevalier (Félix), trente-six ans, charretier, entré le 15 février 1875. Est tombé hier sous une voiture, dont les roues lui ont passé sur la région lombaire.

Large ecchymose sans plaie traversant horizontalement la région lombaire; douleurs exagérées par la pression dans toute cette surface; mouvements de flexion et d'extension du tronc impossibles.

Six ventouses scarifiées. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. XXXVIII. — *Contusion simple (région lombaire).* — Pinaire

(Achille), soixante-dix-neuf ans, cocher, entré le 1er janvier 1875. Tombé hier d'une voiture. La région lombaire a porté sur le sol. Gonflement et douleur à la pression dans toute cette région. Peau chaude et de teinte ardoisée. Douleur avec élancements au même niveau. Fièvre, courbature, inappétence.

Six ventouses scarifiées et cataplasmes, *loco dolente*. Disparition de la douleur, et sortie au bout de cinq jours.

C. — Membre supérieur.

Obs. XXXIX. — *Contusion simple (épaule).* — Richet (Alfred), cinquante-deux ans, charretier, entré le 26 février 1875. Chute sur l'épaule, pendant la marche (le malade portait un fardeau). Contusion simple accompagnée de vives douleurs dans l'articulation scapulo-humérale.

Seize ventouses scarifiées sur le moignon de l'épaule. Guérison au bout de quatre jours.

Obs. XL. — *Contusion simple (épaule).* — Bonnefoy (Émile), trente-neuf ans, fabricant de jouets d'enfants, entré le 3 mai 1875. Tombé sur le moignon de l'épaule gauche en luttant avec un de ses camarades. Contusion simple de cette région.

Six ventouses scarifiées. Guérison au bout de quatre jours.

Obs. XLI. — *Contusion simple (épaule et bras).* — Quenière (Ollivier), cinquante-neuf ans, entré le 17 août 1874. A fait une chute sur l'épaule d'une hauteur de 2 mètres. Il existait à la réunion de l'épaule avec le bras une ecchymose large de cinq travers de doigt. Aucun signe de fracture. Les mouvements et les formes anatomiques étaient conservés; la douleur était toute locale; elle disparut après l'application de douze ventouses sèches, et le malade put quitter le service quatre jours après son entrée.

Obs. XLII. — *Contusion simple (épaule et bras).* — Streus (Edmond), cinquante-huit ans, représentant de commerce, entré le 9 novembre 1874. Il est tombé dans un escalier tournant de la hauteur de trente marches. C'est l'épaule et le bras droits qui ont reçu tout le choc. La douleur a été très-vive au moment de la chute, et il a perdu aussitôt le mouvement du bras.

L'épaule est fortement tuméfiée, ainsi que tout le bras jusqu'au coude. La peau a pris une teinte ecchymotique violacée sur toute la surface postérieure et externe du bras et de l'épaule. Les mouvements naturels sont extrêmement douloureux, aussi le malade maintient-il son bras dans une immobilité absolue. La peau est chaude. P=20. Le malade souffre beaucoup de l'épaule et du coude. Repos et lotions résolutives.

11 novembre. — N'a pu dormir à cause de la douleur. Pas d'appétit; langue sale. P = 90, dur et plein. Urines rares.

14. L'intensité des douleurs a un peu diminué ; le gonflement est le même. Insomnie, inappétence. Est allé à la selle pour la première fois depuis sa chute.

19. Commence à remuer légèrement le bras, qui est moins tuméfié ; par places apparaît la teinte jaunâtre regressive. Pas de fièvre; mais chaque soir, vers onze heures, chaleur incommode dans la région contuse.

25. Va mieux ; les mouvements d'extension et de flexion de l'avant-bras se font sans souffrance ; les mouvements de l'épaule sont toujours difficiles ; il n'existe que peu de gonflement. La teinte ecchymotique disparaît de jour en jour.

28. Le malade est en état de partir pour Vincennes. L'appétit et le sommeil sont revenus, et l'état général s'améliore rapidement.

Obs. XLIII. — *Contusion simple* (*bras*). — Tardif (René), cinquante-huit ans, tisserand, entré le 19 avril 1874. Tombé hier d'un premier étage dans la rue. Contusions accompagnées de larges ecchymoses sur la face externe du bras et de la cuisse droite. Compresses d'eau blanche ; teinture d'arnica (2 grammes) à l'intérieur. Guérison au bout de quatre jours.

D. — Membre inférieur

Obs. XLIV. — *Contusion simple* (*région fessière droite*). — Bananc (Jean), journalier, trente et un ans, entré le 26 octobre 1874. Est tombé de façon que la fesse droite a porté sur le bord d'un bateau. Douleur vive au moment de l'accident. Ne peut remuer la jambe. A l'entrée du malade la douleur est assez forte pour qu'il soit difficile de s'assurer s'il y a fracture du fémur. Compresses d'eau blanche.

27 octobre. L'examen de la cuisse est possible, et on ne constate aucune fracture. Déjà le malade remue mieux le membre inférieur.

Sort le lendemain. La douleur est beaucoup moindre et le malade peut marcher.

Obs. XLV. — *Contusion simple* (*région antéro-externe de la jambe droite*). — Grigel (Jean), trente-deux ans, entré dans le service le 9 octobre 1874. Chute d'un sac de farine sur la jambe gauche. A la partie antéro-externe de la jambe apparaissait une large ecchymose déjà jaune; l'accident remontait à quatre jours. Il n'y avait pas de signes de décollement ni d'épanchement, pas de déformation, les mouvements étaient conservés. Bains sulfureux. — Guérison au bout de quinze jours.

Obs. XLVI. — *Contusion simple* (*région antérieure de la jambe et dorsale du pied*). — Robert, trente ans, employé, entré le 14 janvier 1875 pour une contusion de la jambe et du pied droit. Il a été renversé par une voiture légère dont la roue lui est passée obliquement sur la partie externe du pied et interne de la partie inférieure de la jambe un peu au-dessous de la malléole.

La tuméfaction assez forte permet néanmoins de reconnaître qu'il s'agit d'une simple contusion.

Repos et compresses d'eau blanche. — Guérison au bout de trois semaines.

Obs. XLVII. — *Contusion du cou-de-pied. Arthrite traumatique. Constipation opiniâtre. Guérison.* — Dubernat (Auguste), trente et un ans, charpentier, entré le 9 mars 1874. Il était monté sur une fenêtre d'un deuxième étage, occupé à monter un meuble, lorsque l'appui s'est brisé, et il est tombé sur le sol. La jambe gauche a reçu le choc, et par contre-coup la tête et le coude droit.

Les tissus qui recouvrent l'articulation tibio-tarsienne sont œdématiés et très-douloureux, surtout au niveau des insertions des ligaments latéraux internes et externes. Les mouvements de l'articulation sont conservés, le pied n'est pas déformé. Il n'y a pas de fracture. Ce malade a pu marcher quatre à cinq minutes après l'accident, puis il a été forcé de s'arrêter. Il ressent dans la partie lésée de vifs élancements qui le font beaucoup souffrir. La peau a une coloration légèrement ecchymotique, et le gonflemement s'étend jusqu'à la partie moyenne de la jambe et sur la face dorsale du pied.

Il y a six ans, il est tombé d'un troisième étage sur la jambe droite, et n'a pas été plus gravement atteint. Il a gardé le lit trois semaines, et a repris presque aussitôt ses travaux. — Lotions. — Placer la jambe dans une gouttière.

11 mars. Le malade n'a pu dormir. Il souffre toujours beaucoup dans l'articulation. L'appétit est excellent. — Se plaint de ne pouvoir aller à la selle.

15. Le malade, qui n'était pas allé à la selle depuis cinq jours, a eu ce matin une garderobe abondante.

18. Le gonflement diminue; le pied est moins douloureux. Le malade a dormi six heures. La peau offre une coloration subictérique.

25. Le gonflement est à peu près disparu; peu de douleur à la pression, la peau reprend peu à peu sa coloration normale; les mouvements du pied sont plus faciles. L'appétit et le sommeil sont bons.

3 avril. On enlève la gouttière qui maintenait la jambe, et on applique une bande afin que le malade puisse marcher appuyé sur des béquilles.

8. Le malade, tout en se servant de béquilles, peut s'appuyer sur la jambe contuse sans trop de souffrance.

12. Le malade part pour Vincennes.

Obs. XLVIII. — *Contusion simple (face dorsale du pied).* — Cudratz (Marin), trente-sept ans, entré le 8 juillet 1874, et portant sur la face dorsale du pied les marques d'une large ecchymose sans plaie, produite par le passage d'une roue de voiture. Gonflement considérable. Pas de fractures.

Application de compresses imbibées d'eau blanche.

Guérison le 20 juillet.

Obs. XLIX. — *Contusion simple (face dorsale du pied).* — Bataille (Joseph), quarante-deux ans, journalier, entré le 8 janvier 1875. Un moellon assez lourd lui est tombé la veille sur le pied d'une hauteur de 3 mètres. Large ecchymose de toute la face dorsale du pied sans plaie ni fracture..

Compresses imbibées d'eau blanche. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. L. — *Contusion simple (face dorsale des orteils).* — Peuchevrier, dix-neuf ans, chaîniste, entré le 5 février 1875. La veille, la roue d'une voiture légère lui est passée sur le pied.

Ecchymose de la face dorsale des orteils sans décollement de la peau ni plaie. — Gonflement notable du pied.

Repos et compresses d'eau blanche. — Guérison au bout de sept jours.

Obs. LI. — *Contusion simple (gros orteil).* — Billiot (Alexis), cinquante-neuf ans, entré le 11 septembre 1874 pour une contusion du gros orteil produite par la roue d'un camion. Face dorsale du pied fortement gonflée et présentant une large ecchymose. Au niveau de la première phalange du gros orteil, petite érosion superficielle. Pansement simple. Pas de douleurs dans les mouvements, pas de crépitation. Le malade est sorti guéri le 27 octobre.

Obs. LII. — *Contusion simple (face dorsale du pied et des orteils).* — Keffert (Noël), terrassier, cinquante ans, entré le 2 octobre 1874. Sur la région dorsale et externe du pied gauche on voit une large ecchymose au sommet de laquelle on remarque plusieurs légères érosions de l'épiderme. La partie qui correspond surtout aux deux rangées des os du tarse est assez fortement œdématiée. La pression est douloureuse, mais on ne sent ni crépitation, ni mobilité anormale, ni saillie de fragments osseux. Le malade, lorsqu'il a été atteint par la *roue d'un tombereau vide*, était chaussé d'une galoche qui du côté externe a supporté tout l'effort et a

été brisée; sur le côté interne le pied a été protégé par la saillie d'un pavé. La roue est passée à 3 centimètres en avant du bord antérieur de la malléole externe, et a traversé le pied obliquement de dehors en dedans, suivant une ligne qui partirait en avant de la malléole pour aboutir à la tête du premier métatarsien. Alcool camphré et repos.

Le malade sort guéri le 1er mars.

Obs. LIII. — *Contusion simple. Lymphangite du membre inférieur.* — Aubry (François), quarante-trois ans, entré le 2 mars pour une angioleucite simple de tout le membre inférieur gauche consécutive à une contusion du pied par la chute d'une pierre.

Tout le membre est le siége d'une vive rougeur ave œdème; les ganglions de l'aine sont engorgés. Applications de cataplas es.

Le malade sort guéri le 6 mars.

Obs. LIV. — *Contusion profonde de la jambe. Epanchement sanguin. Emphysème. Drainage. Guérison.* — Noel (Henriette), vingt-six ans, journalière, entrée le 13 septembre 1874. Cette femme a été renversée il y a deux jours par un omnibus. C'est la jambe droite qui a été surtout atteinte. Le seau que cette femme portait à la main a été brisé, et c'est à cela qu'elle doit de n'avoir pas été plus grièvement blessée. A son entrée on trouve la jambe droite très-tuméfiée, surtout vers la partie médiane. Elle est douloureuse par places. On constate un peu d'emphysème sous-cutané. Il n'y a que de simples érosions de la peau. Le pied a conservé sa position normale, mais les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont impossibles à cause de la douleur et du gonflement dont elle est le siége. Le genou est complétement libre. La partie moyenne de la jambe présente les signes d'un assez vaste épanchement sanguin qui a son siége dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques érosions existent encore sur la cuisse gauche et l'épaule droite; aucune fracture. Au moment de son entrée, la malade ressent dans la jambe quelques élancements. Hier elle a eu de la fièvre; mais elle souffre moins de la jambe aujourd'hui. P = 80. Peau fraîche. Jambe placée dans une gouttière de fil métallique. — Cataplasmes émollients.

14 septembre. A peu dormi à cause de ses douleurs de jambe. Ayant cessé de donner le sein à son enfant depuis l'accident, elle se plaignait de vives douleurs dans les deux mamelles; on lui permet d'allaiter son enfant, ce qui la soulage beaucoup. L'appétit est assez bon. P = 84.

16. Le gonflement a un peu diminué. — Peau moins chaude. Peu de douleurs. Le sang ne paraît pas se résorber.

20. Le membre a notablement diminué de volume, mais on constate qu'une collection sanguine commence à se dessiner sur la peau. Les élancements sont plus forts : P = 90.

28. On passe un drain dans l'abcès sanguin et il en sort des caillots de sang noir, mêlés à un peu de pus.

29. La malade a peu souffert et a bien reposé. P = 84. Un liquide séro-sanguin sort facilement par le drain.

2 octobre. On fait deslavages afin de faciliter la formation des bourgeons charnus qui vont combler la cavité. L'état général est très-satisfaisant.

4. L'étendue de la cavité diminue, l'écoulement a presque cessé : la malade se lève mais ne peut encore s'appuyer sur la jambe; néanmoins, se sentant beaucoup mieux, elle veut retourner chez elle.

II. PLAIES CONTUSES.

A. — Tête.

Obs. LV. — *Pl. du cuir chevelu.* — Mouly (Guillaume), trente-deux ans, charpentier, entré le 25 avril 1875. A été frappé hier à la face par un crochet tombé de la hauteur d'un deuxième étage.

Le sourcil gauche présente une plaie verticale de 2 centimètres de longueur, mais n'intéressant que les parties molles. La région temporale droite vers la racine des cheveux est aussi le siége d'une plaie contuse qui n'intéresse que le cuir chevelu. Compresses d'eau froide. Guérison au bout de dix jours.

Obs. LVI. — *Pl. du cuir chevelu.* — Garet (Émile), vingt-deux ans, sculpteur, entré le 4 janvier 1875. Plaie du cuir chevelu, d'une longueur de 0,02, par un coup de bouteille. La bouteille s'est brisée. Cheveux rasés, puis réunion par des bandelettes de taffetas collodionné. Quitte le service au bout de trois jours, la plaie étant presque cicatrisée.

Obs. LVII. — *P. du cuir chevelu. Érysipèle. Guérison.* — Charretier (Louis), trente-deux ans, journalier, entré le 6 janvier 1875. Tombé sous une voiture légère (la roue a passé sur lui). Petite plaie cruciale superficielle au niveau de la protubérance occipitale externe ; ecchymose tout autour de la plaie ; contusions simples sur les jambes et le tronc. Pansement simple. Au bout de quatre jours, érysipèle du cuir chevelu et de la face. Placé dans une salle d'isolement. Compresses d'eau de sureau ; fer et quinquina à l'intérieur. Guérison complète au bout de quatre semaines.

Obs. LVIII. — *Pl. du cuir chevelu.* — Jeanne (Simon), quarante-deux ans, couvreur, entré le 1er janvier 1875. Chute dans un escalier ; la tête a porté contre l'arête d'une des marches. Située à gauche de la suture bipariétale, longue de 0,05 à 0,06. Ecchymose et petite plaie de la joue gauche. Compresses d'alcool camphré. Sort guéri au bout de huit jours.

Obs. LIX. — *Pl. superficielle de la joue et du cuir chevelu.* — Genisti (Bertrand), vingt-deux ans, entré le 1er mars 1875. Deux plaies superficielles : l'une sur la région pariétale droite, l'autre à la joue droite. Le malade est épileptique, et c'est en tombant pendant une attaque que ces deux plaies, qui mesurent à peine 2 centimètres de longueur, se sont produites.

Réunion au moyen de bandelettes de tarlatane collodionnées. Sort le lendemain.

Obs. LIX. — *Pl. du front.* — Bridault (Louis), cinquante-trois ans, tailleur, entré le 20 avril 1875. Plaie occasionnée par une chute sur le front, siégeant à gauche du front, immédiatement au-dessus de la queue du sourcil. Elle est profonde et de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent. Les bords déchiquetés, présentent des prolongements aplatis et écrasés. Le stylet indique que la solution de continuité intéresse toutes les parties molles, mais l'os n'est pas dénudé. A l'entrée du malade, il s'était produit une petite hémorrhagie qu'on arrête facilement. Pansement simple. Sort le 29 avril. La cicatrisation est presque complète.

Obs. LX. — *Pl. de la face et du cuir chevelu.* — Lusigny (Jules), cinquante-sept ans, peintre, entré le 9 mai 1875. Même accident que le précédent. Quatre petites plaies superficielles des régions mastoïdienne, jugale, mentonnière, frontale. Compresses d'eau froide. Sort guéri au bout de dix jours.

Obs. LXI. — *Pl. de la face et du cuir chevelu.* — Rousseau (Alfred), vingt-six ans, mécanicien, entré le 24 février 1875. La roue d'une voiture marchant au pas a frotté fortement contre la joue la paupière supérieure et le vertex.

La paupière supérieure droite présente une ecchymose avec un peu d'hémorrhagie sous-conjonctivale. Une plaie contuse, n'intéressant que le tissu sous-cutané de la peau, occupe toute la longueur de la paupière à la partie supérieure de la joue. Les bords sont déchiquetés, mais peuvent s'adapter.

Réunion immédiate avec trois points de suture métallique ; compresses imbibées d'eau fraîche.

Au bout de quatre jours, on enlève les fils, et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Réunion complète au bout de sept jours.

Obs. LXII. — *Pl. du front.* — Shier (Émile), infirmier, trente-quatre ans, entré le 3 juin 1874. Faux pas et chute sur le bord du trottoir. Plaie intéressant seulement les téguments dans une longueur de 4 centimètres,

et siégeant au-dessus du tiers interne de l'arcade orbitaire gauche ; de là, cette plaie se rend obliquement vers la partie moyenne du frontal. Au moment de l'accident, cet homme a perdu connaissance. Les deux paupières sont tuméfiées, et présentent une teinte ecchymotique bien prononcée ; on voit sur le front quelques légères érosions. Compresses fraîches ; réunion par première intention (suture épinglée). Le malade quitte le service au bout de trois jours, presque guéri.

Obs. LXIII. — *Pl. du front.* — Liart (Rosalie), trente ans, journalière, entrée le 14 février 1875. En faisant un faux pas, elle est tombée de sa hauteur, et la tête a heurté le bord du trottoir.

Sur la partie gauche externe et supérieure du front existe une plaie longue de 6 centimètres n'intéressant que les parties superficielles. Cette plaie, qui saignait abondamment lors de l'accident, est sèche ce matin, et recouverte par les caillots ; un peu de gonflement au voisinage. Pansement simple. Guérison au bout de six jours.

Obs. LXIV. — *Pl. du front.* — Cointin (Laurent), soixante ans, cocher, entré le 27 février 1875. Était monté sur sa voiture, lorsque ses chevaux se sont emportés, et qu'il a été lui-même jeté à terre ; il est tombé sur la tête et a perdu connaissance. Plusieurs petites plaies superficielles siégeant sur la bosse frontale moyenne et la racine du nez. A la face, et surtout à droite à la partie supérieure, on voit une large ecchymose qui rayonne autour de la cavité orbitaire et borde les deux paupières supérieures. Douleur assez vive au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, sans lésion apparente. Mouvements du cou impossibles.

Compresses d'alcool camphré. Peut sortir au bout de trois jours et remuer aisément le cou.

Obs. LXV. — *Pl. du front. Luxation de la deuxième phalange du médius droit.* — Glaie (Jean), cinquante-trois ans, imprimeur, entré le 13 janvier 1875. Cet homme a fait hier soir une chute dans son escalier. Sur la partie gauche et externe du front, on voit une plaie oblique de dehors en dedans, superficielle et d'une longueur de 5 à 6 centimètres. La deuxième phalange du médius de la main droite est luxée sur la première, et l'on en trouve aisément la tête sur la face dorsale de la main. Impossibilité des mouvements de cette articulation ; déformation ; douleur assez vive ; la langue est blanchâtre ; un peu de fièvre. P = 96.

Compresses alcoolisées sur la plaie ; réduction de la luxation ; immobilisation du doigt avec deux petites attelles maintenues par des bandelettes de sparadrap. Guérison au bout de trois semaines.

Obs. LXVI. — *Pl. superficielle du front et du nez. Perte de connaissance. Épistaxis. Guérison.* — Vandame (Alphonse), quarante-deux ans,

charretier, entré le 9 mars 1874. Était sur sa voiture, lorsqu'il a été jeté à terre par suite d'un faux pas de son cheval. La tête a touché le sol la première ; le malade a perdu aussitôt connaissance. Épistaxis abondante, mais point d'écoulement par les oreilles.

Sur la partie médiane du front se voit une plaie d'une longueur de 3 centimètres, oblique de droite à gauche et de dehors en dedans. Au niveau de la bosse frontale moyenne siége une autre solution de continuité des téguments, qui descend sur le dos du nez jusque vers sa partie médiane ; elle a 4 centimètres de longueur. Ces divisions n'intéressent que la peau.

Les deux paupières du côté droit sont fortement tuméfiées, et l'œil ne peut être ouvert ; le gonflement est moindre à gauche. Hémorrhagie sous-conjonctivale ; quelques érosions superficielles sur le nez et au voisinage des plaies ; la partie supérieure des joues est tuméfiée et très-sensible ; elle est tendue et luisante.

La main droite présente aussi quelques érosions sans importance.

Le nez est tuméfié, mais on ne constate ni crépitation, ni déformation, ni mobilité anormale.

Le malade ne peut remuer le cou par suite de la souffrance qu'il éprouve dans cette région ; il ressent aussi de vives douleurs susorbitaires. Point de bourdonnements d'oreille ; point de douleurs sur la région mastoïdienne ; point de troubles de la vue.

Peau chaude P = 110.

Les premiers crachats contenaient du sang qui paraissait venir des narines ou des fosses nasales ; d'autres crachats plus récents en sont complétement dépourvus ou n'en contiennent que de très-faibles traces. Rien dans la poitrine ; pas de sommeil ni d'appétit. Compresses froides sur les plaies.

10 mars. P = 88. Le malade a pu dormir cette nuit ; la céphalalgie a diminué ; les plaies commencent à se cicatriser. Pansement simple.

13. P = 75. Céphalalgie susorbitaire disparue ; le gonflement du nez et des paupières n'existe plus. Appétit et sommeil satisfaisants. La cicatrisation se faisant bien, le malade sort pour reprendre son travail.

B. — Membre supérieur.

Obs. LXVII. — *Pl. de la face palmaire des deux mains.* — Bemfeld, vingt-sept ans, charretier, entré le 8 mars. Tombé hier sur la paume des mains, sur un tas de débris de verre.

Main droite. Plaie irrégulière peu profonde, siégeant sur la face palmaire, et s'étendant un peu obliquement de l'éminence hypo-thénar vers l'éminence thénar, sur une étendue de 4 centimètres environ. La plaie a

beaucoup saigné ; l'hémorrhagie a été arrêtée par un pharmacien avec du perchlorure de fer.

Douleurs très-vives au niveau de la plaie.

Compresses d'eau alcoolisée ; il se détache au bout de quinze jours une escharre couvrant la plus grande partie de la plaie. Guérison complète au bout de cinq semaines.

Obs. LXVIII. — *Pl. de la face palmaire.* — Geslain (Édouard), polisseur, quarante-deux ans, entré le 17 juin 1874, portant à la main droite une blessure causée par l'éclat d'une roue à polir, qui s'est brisée subitement au milieu de sa rotatiou. Sur la partie externe de l'indicateur de la main droite (l'avant-bras étant dans la supination), on voit une plaie contuse qui s'étend un peu à la face palmaire du même doigt, et qui s'étend de la base du doigt jusqu'à la deuxième phalange. La peau est enlevée en certains endroits ; en d'autres, elle est noire et décollée. Le pouce lui-même a été légèrement atteint sur la face dorsale de la deuxième phalange. La tuméfaction s'étend à toute la face dorsale de la main, et ne dépasse point l'articulation du poignet. La peau est chaude au niveau de la plaie. Pas de fièvre. Compresses d'eau froide fréquemment renouvelées.

18 juin. Le malade n'a pu dormir cette nuit par suite de la douleur et de l'engourdissement de la main. Ce matin, il se trouve mieux.

19. Quitte le service, puis revient se faire panser aux consultations. La guérison a été complète au bout de quinze jours.

Obs. LXIX. — *Pl. de la face dorsale de la main droite.* — Laurent (Claude), vingt-huit ans, homme de peine, entré le 14 mai 1875. A eu la main droite prise hier sous un meuble assez lourd qu'il voulait soulever.

La main droite est le siége d'un gonflement considérable intéressant les parties molles, et remontant jusqu'au poignet. La peau présente dans presque toute l'étendue de la face dorsale une teinte ecchymotique bien prononcée. Elle est excoriée en différents endroits ; rien du côté de la face palmaire. Les mouvements des doigts sont très-douloureux, la pression est très-pénible, et la main est le siége d'élancements continuels insupportables. Pas de fracture. Rien sur le pouce. Un peu de fièvre. P = 88.

Compresses d'eau froide au début, puis d'eau alcoolisée. Les douleurs persistent pendant dix jours environ, ainsi que le gonflement. Guérison complète au bout de quinze jours.

Obs. LXX. — *Pl. de la face dorsale de la main gauche.* — Reffio (Émile), quatorze ans, mécanicien, entré le 17 mai 1875. Une lourde plaque de fer en tombant hier a frappé obliquement par un de ses bords la face dorsale de la main gauche.

Main tuméfiée et douloureuse. Gonflement surtout apparent sur le dos

de la main; la peau présente une coloration veineuse, ecchymotique, au niveau du métacarpe. Vers la partie moyenne du dos de la main, sur les deuxième et troisième métacarpiens, existe une plaie irrégulière de l'étendue d'une pièce de cinq francs, à bords contus et déchiquetés. Les mouvements de la main sont très-pénibles. Les doigts sont un peu tuméfiés; le pouce est libre, ainsi que l'articulation radio-carpienne. Pas de fracture.

Douleur très-vive dans toute la main.

Immobilité et compresses d'eau alcoolisée. Les douleurs disparaissent au bout de six jours, et la guérison est complète à la fin de la troisième semaine.

Obs. LXXI. — *Plaies de la face dorsale de la main gauche. Fracture des deuxième et troisième métacarpiens et de la première phalange du pouce. Guérison.* — Fournier (Ernest), distillateur, vingt-six ans, entré le 22 avril 1874. A eu hier la main gauche prise sous l'extrémité d'un fût plein, cerclé de fer.

A son entrée, on trouve :

1° Une plaie occupant la face dorsale de la main, depuis le troisième métacarpien jusqu'à la racine du pouce, et remontant en spirale jusqu'à l'articulation phalangienne de ce doigt;

2° Une fracture simple transversale sans déplacement et sans communication avec la plaie située juste à l'union des deux moitiés supérieure et inférieure des deuxième et troisième métacarpiens;

3° Une fracture également transversale de la première phalange du pouce communiquant avec l'air; l'index et le médius sont dans la demi-flexion, le pouce dans l'extension.

Douleur très-vive et tuméfaction considérable de toute la main (il n'y a eu qu'une très-légère hémorrhagie). Un peu de fièvre. P = 90.

24 avril. Le malade a eu la fièvre pendant toute la journée d'hier, et a ressenti des élancements dans la main; a passé une assez bonne nuit. Ce matin, la peau est fraîche. P = 80. Éprouve le besoin de manger.

25. P = 85. Élancements; l'œdème s'est étendu à la partie inférieure de l'avant-bras; le sommeil a été bon. On a immobilisé le pouce avec une attelle externe en bois; la main a été placée sur un appareil plâtré, disposé de telle sorte que le pansement se fasse sans difficulté, tout en maintenant la main dans l'immobilité.

27. Le malade va bien; plus d'élancements. P = 85. Le sommeil et l'appétit sont bons. Douleur supportable.

29. On remarque sur la main une rougeur érysipélateuse. Le malade a un peu de fièvre; on le transporte au chalet.

2 mai. Va bien. La plaie se cicatrise régulièrement; il n'y a pas eu d'érysipèle.

20. La réunion est obtenue; seule la fracture du pouce ne s'est point consolidée. On place un deuxième appareil plâtré, afin d'obtenir une immobilité absolue des deux fragments.

6 juin. La consolidation de la fracture est très-avancée ; le malade peut partir pour Vincennes.

Obs. LXXII. — *Écrasement de la main droite. Large décollement de la peau. Fracture comminutive du médius et de l'annulaire. Accidents tétaniques. Cicatrisation.* — Cottin (Charles-Jules), six ans, entré le 6 mars 1875. Il y a à peine un quart d'heure qu'il a eu la main droite en partie écrasée sous une roue de voiture.

La face dorsale de la main montre un décollemet de la peau qui s'étend depuis la base des doigts jusqu'au niveau de la rangée supérieure des os du carpe. Il n'y a pas encore de gonflement; la plaie est saignante sur toute son étendue, mais il n'y a pas lieu de craindre une hémorrhagie, car les vaisseaux importants ne paraissent pas ouverts. Cette peau, qui est plissée et remontée sur le poignet, présente des ecchymoses assez étendues et longitudinales, de couleur foncée. Le pouce a été à peine atteint. L'éminence thénar est à peu près saine. L'index et le petit doigt ne paraissent pas lésés profondément; il y a seulement quelques déchirures de la peau, siégeant surtout à la face dorsale.

En revanche, le médius et l'annulaire sont presque entièrement broyés; des fragments d'os font saillie à la surface de la plaie, mais il semble que la dernière phalange du médius n'a pas été aussi complétement atteinte que celle de l'annulaire.

Le médius est incliné sur la face palmaire; l'annulaire a pris une forme assez bizarre; les deux dernières phalanges sont inclinées sur la première, et viennent passer sur le dos du médius. Les articulations métacarpo-phalangiennes paraissent intactes, et on ne trouve pas de fracture sur d'autres points du squelette de la main. La face palmaire présente une plaie triangulaire, dont la base se dirige sur une étendue de 3 à 4 centimètres dans la direction du cinquième métacarpien, et dont le sommet repose sur la partie supérieure du troisième.

Douleur locale extrêmement vive. On réunit la peau avec les fils métalliques, et il est nécessaire pour cela de recourir à la chloroformisation, tant les mouvements qu'on imprime à la main sont douloureux. P = 104. Compresses alcoolisées; on laisse l'élimination des parties mortifiées se faire d'elle-même.

Comme alimentation on donne du bouillon, et pour boisson de l'eau acidulée.

27 mars. A passé une nuit très-agitée; la peau est chaude. P = 110, TA = 38.2. La langue est blanchâtre et pâteuse ; la soif intense.

29. Peau chaude. P = 138, T = 37.4. La langue est sale, rouge sur

les bords et à la pointe. A déliré un peu dans la journée d'hier et cette nuit. La base de l'annulaire prend une teinte noirâtre plus accentuée ; elle est menacée de sphacèle. La peau qui recouvre les métacarpiens a une couleur blanchâtre avec teintes ecchymotiques diffuses. L'odeur que répand la main est déjà très-forte ; il y a du pus dans l'appareil. Sur le poignet, on constate une rougeur inflammatoire des téguments qui circonscrivent les parties atteintes par le décollement. Peu de gonflement.

30. P = 140, dur. Peau chaude. La langue est meilleure. A eu encore du délire cette nuit ; a pris quelque nourriture ce matin. Les urines sont rares, foncées, et ne contiennent pas d'albumine.

31. La peau du dos de la main se mortifie ; on en fait l'ablation avec des ciseaux, afin de diminuer la suppuration. Les deux doigts fracturés sont sur le point de tomber.

2 avril. P = 112, T = 37°,3. La peau est fraîche ; la langue se nettoie. Mange avec appétit, et a reposé la nuit plusieurs heures. Suppuration abondante.

3 au 8. L'état du malade va toujours s'améliorant ; l'enfant est plus gai, passe de bonnes nuits, a recouvré l'appétit. Les deux doigts, médius et annulaire, sont en grande partie éliminés, et il ne reste plus qu'une faible partie de la tête de la première phalange de l'annulaire ; ce qui reste de la première phalange du médius a environ 1 centimètre au moins de longueur. La cicatrisation est en bonne voie et la plaie est très-belle. Le 6 avril, on a placé deux greffes épidermiques prises sur la jambe de l'enfant.

9. Hier, pendant le pansement, l'enfant éprouva des secousses passagères auxquelles on n'attacha que peu d'importance, parce que la mère avait dit qu'il était sujet aux convulsions. Ce matin il y a un peu de trismus. Fréquentes convulsions cloniques ; la peau est chaude et moite ; la langue est sale et rouge à la pointe ; elle sort facilement dehors. Grande altération. La face est congestionnée ; les mains très-agitées. La plaie est un peu plus terne.

T.	M. 38°	P.	M. 132
	S. 38°6		S. 128

10. Secousses moins fréquentes. La plaie présente le même aspect. L'une des greffes placée sur le bord externe a pris ; elle est entourée d'une petite auréole rouge, inflammatoire ; celle qui est plus près du pouce a disparu dans la suppuration. Il est nécessaire chaque fois qu'on refait le pansement d'endormir le malade, sinon on voit immédiatement apparaître des secousses tétaniques. Les muscles du cou qui présentaient hier un peu de roideur sont moins tendus ; mais on constate qu'une contracture légère a gagné les muscles de la paroi abdominale. La respiration se fait bien. M. P = 132, T = 38°,2.

11. Même état.

T. { M. 37° S. 38° P. { 100 124

12. Opisthotonos. Le trismus persiste ; néanmoins la déglutition se fait toujours sans trop de difficulté. Le ventre est tendu et douloureux à la pression ; est allé à la selle aujourd'hui, et a rendu des matières très-dures. Les membres ont conservé leurs mouvements. L'intelligence est intacte. Les pupilles sont également dilatées ; les paupières sont constamment abaissées.

T. { M. 37°6 S. 38° P. { 146 100

13. Même état.

T. { M. 37° S. 38°4 P. { 146 144

14. Il y a un peu de mieux, n'éprouve plus que de légers accès ; cependant hier soir, vers cinq heures, il a eu une crise très-violente, et qui a duré cinq à six minutes ; cela ne s'est point renouvelé depuis. Pas de céphalalgie ; soif très-vive. On peut maintenant faire le pansement sans chloroforme.

T. { M. 38° S. 38°2 P. { M. 128 S. 110

15. A pris quelques heures de repos ; le ventre est toujours tendu, et le trismus n'a pas diminué. La peau est toujours chaude ; les bourgeons charnus sont peu vivaces, et saignent aisément.

T. { M. 37° S. 38°4 P. { 116 136

16. Le ventre est moins dur et moins douloureux, mais la pression y détermine immédiatement de la contracture. Le petit malade sort enfin de sa torpeur, et parle aux personnes qui l'entourent. Plus d'opisthotonos ; trismus paraissant un peu moindre.

T. { M. 38 S. 38°2 P. { 124 132

18. Le mieux est évident, c'est à peine s'il reste un peu de gêne dans les mouvements des mâchoires ; le ventre est souple et indolent. Le malade demande à manger.

T. { M. 38° S. 37°4 P. { 112 128

19. L'enfant a passé une bonne nuit. Ce matin il a faim, et mange un œuf. La langue est bonne.

T. S. 37°6. P. 120

21. L'amélioration est très-sensible; l'appétit revient; le sommeil est excellent. A partir de ce jour, la température ne dépasse pas 37° 4; on panse chaque jour la plaie à la glycérine; elle reprend peu à peu son aspect rosé et vivace.

5 mai. Va très-bien; appétit excellent; a repris toute sa gaîté. On réprime avec le crayon toutes les parties exubérantes de la plaie, qui a du reste très-bel aspect.

15 juin. La cicatrisation est presque complète; le malade viendra se faire panser dans la salle. Entre l'index et le petit doigt, on voit deux tubercules l'un plus grand que l'autre, et qui sont les restes, le premier du médius, le second de l'annulaire. L'index et le petit doigt sont dans l'extension, et ne peuvent exécuter des mouvements spontanés; il sera besoin de leur en communiquer. La main est dans l'extension. Un peu de roideur dans l'articulation radio-carpienne. Elle résulte de l'immobilité qu'on a dû imposer à la main pendant longtemps.

Obs. LXXIII. — *Pl. superficielle de l'index et du médius avec fracture de la deuxième phalange de l'index.* — Freytag (Joseph), dix-huit ans, entré le 5 avril 1875. A eu il y a deux jours la main violemment frappée par un balancier mécanique.

Plaie contuse à bords déchiquetés de la face dorsale de l'index et du médius. La seconde phalange de l'index est fracturée au milieu. Pas de réaction inflammatoire. Le foyer de la fracture ne communique pas avec l'air.

Réduction de la fracture et contention avec une petite attelle de bois fixée par des bandelettes de sparadrap. Guérison des plaies au bout de quatre jours. Consolidation de la fracture le 26 avril.

Obs. LXXIV. — *Pl. de la face dorsale de la main. Phlegmon consécutif. Guérison.* — Lambaches (Antoine), vingt-neuf ans, estampeur, entré le 24 décembre 1874. Plaie contuse de la face dorsale de la main par un coup de marteau reçu la veille; le marteau n'ayant pas frappé à plat, mais ayant rasé la main; tendons des extenseurs intacts.

Pansement à l'eau alcoolisée. Dix jours plus tard, phlegmon circonscrit de la face dorsale de la main. Ouverture. Guérison au bout de trois semaines.

Obs. LXXV. — *Écrasement de l'index et du médius.* — Schmidt (Joseph), vingt-neuf ans, pulvériseur, entré le 1er mars 1875. Ce malade a reçu la veille sur les doigts un pilon tombé d'une hauteur de 50 centim.

L'index et le médius de la main droite présentent un écrasement des parties molles, surtout sensible à la face palmaire. La peau et le tissu sous-cutané sont déchiquetés, et plusieurs lambeaux sont déjà sphacélés. Les phalanges sont intactes.

Immobilisation et compresses d'eau froide. Doigts maintenus dans l'extension. Guérison le 26 mars.

Obs. LXXVI. — *Écrasement des doigts par un engrenage. Amputation de deux doigts. Guérison.*— Dollé (Émile), vingt-neuf ans, chauffeur, entré le 9 septembre 1874. Ce malade a eu la main droite prise dans un engrenage, et tous les doigts, sauf le pouce, ont été écrasés. L'index et le petit doigt ne présentaient plus qu'une masse informe, aplatie, ne tenant à la main que par quelques lambeaux de peau et de tendons. On ampute ces deux doigts dans la première articulation métacarpo-phalangienne. La première phalange du médius et de l'annulaire était fracturée au milieu. On rapprocha autant que possible ces débris qu'on soumit à l'irrigation continue.

12 septembre. Quelques parties sphacélées se détachent, mais la plaie garde un bon aspect; l'état général est excellent.

20. Inappétence et insomnie; néanmoins la plaie va bien.

22. La langue est un peu sale. Purgatif.

25. La plaie prend un bon aspect; des bourgeons charnus se sont formés. L'appétit revient en même temps que le sommeil.

30. On applique des bandelettes de sparadrap autour des doigts, et on met la main sur une palette en bois.

17 octobre. On peut appliquer un appareil inamovible en plâtre, et le malade est dirigé sur Vincennes.

C. — Membre inférieur.

Obs. LXXVII. — *Pl. contuse de la jambe (coup de pied de cheval). Réunion immédiate. Phlegmon diffus de la jambe; érysipèle. Guérison.* — Billiard (Édouard), brasseur, entré le 31 juillet 1874. Il était assis sur le siége de sa voiture quand il reçut un coup de pied de cheval, près de l'articulation du genou droit.

La plaie qui en résulta fut réunie en ville par trois points de suture métallique. Elle était large de 5 centimètres environ, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, convexe en haut, en forme de fer à cheval. Elle siégeait à environ quatre travers de doigt au-dessous et un peu en dehors de l'articulation du genou. Les bords étaient nettement découpés; le tibia, presque à nu, était intact. Autour de la plaie existait une large ecchymose avec épanchement sanguin. Les lèvres étaient gonflées, et lais-

saient suinter à travers les sutures un liquide séro-sanguin. Deux jours après l'entrée du malade dans le service, trois jours après l'accident, la peau devint rouge; un gonflement œdémateux envahit le pourtour de la plaie; il était facile de reconnaître un décollement assez étendu de la peau. Le malade avait un peu de fièvre, et souffrait beaucoup. P = 90. Les sutures furent enlevées, et il s'écoula immédiatement du sang noirâtre, mélangé à du pus.

6 août. — Phlegmon de toute la partie moyenne antérieure et externe de la jambe. On fit avec le bistouri deux larges ouvertures pour permettre le libre écoulement des liquides.

8. P = 90. La jambe présente un gonflement énorme dans toute son étendue. On la place dans un gouttière en fil de fer garnie de petits coussins de ouate enveloppés de taffetas gommé.

[De la sorte, on peut renouveler à volonté les pièces du pansement et même faire de grands lavages, sans pour cela changer le membre de position, et de plus les pièces du pansement ne sont jamais souillées par le contact du pus.]

10. On remarque sur le trajet des lymphatiques de la cuisse et de la face postérieure de la jambe des traînées rouges. Suppuration abondante. Le malade a eu un frisson. P = 90. Appétit presque nul.

Tous les jours bain local d'une heure; sulfate de quinine, 0,50; rhum, 500 grammes.

12. La plaie a bon aspect; les bords sont rosés, ainsi que le fond. A un certain endroit cependant, on voit à nu la crête du tibia sur une surface d'un centimètre à peu près. L'articulation reste à l'abri de toute atteinte. Le malade n'a pas eu de frisson; l'appétit revient. Plusieurs fois par jour on provoque la sortie du pus par des pressions douces faites sur la jambe. Même traitement.

Du 12 au 20. La suppuration diminue; la plaie prend un bon aspect.

21. Céphalalgie et inappétence.

22. Le malade a eu hier un frisson d'un quart d'heure. P = 120. Rougeur autour de la plaie. Le malade est transporté dans une salle d'isolement. Purgatif.

23. Second frisson. P = 110. L'érysipèle se déclare et envahit toute la partie antérieure de la jambe. Œdème très-douloureux. Sulfate de quinine, 0,50; rhum, 300 grammes; poudre d'amidon.

25. Même état; le malade a eu encore un frisson. P = 120.

27. La rougeur s'étend. Le malade n'a pas eu de nouveaux frissons. P = 110. Bouillons et potages; même traitement.

29. Diarrhée. La plaie est très-belle.

1er septembre. — La desquamation est complète; la jambe a repris son volume normal; la plaie marche vite vers la cicatrisation.

10. La plaie est couverte de bourgeons charnus exubérants, qu'on réprime avec le nitrate d'argent. État général très-satisfaisant.

Le malade sort le 25 septembre à peu près guéri. Il ne reste plus qu'un petit pertuis à peine visible donnant très-peu de pus, et ne réclamant qu'un pansement simple.

11. A eu un peu de fièvre cette nuit, dit-il, et le sommeil a été troublé par quelques élancements dans l'orteil malade. A conservé son appétit.

13. Le bourgeonnement se fait bien.

15. La suppuration a presque cessé. Les bords de la solution de continuité marchent rapidement l'un vers l'autre.

20. La cicatrisation se fait activement. Le malade se lève.

28. Le malade sort guéri.

Obs. LXXVIII. — *Pl. de la jambe.* — Fidry (Jean), cinquante-huit ans, entré le 7 août 1874 pour une plaie contuse de 4 centimètres de longueur, située sur la partie supéro-interne du mollet et n'intéressant que les parties molles. Elle a été produite par un coup de pied de cheval. Les bords sont déchiquetés et irréguliers, mais elle est peu profonde. Application permanente de compresses imbibées d'alcool camphré. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. LXXIX. — *Pl. de la jambe.* — Blet (Pierre), quarante-six ans, cocher, a reçu un coup de pied de cheval deux jours auparavant.

Plaie contuse à bords irréguliers et déchiquetés sur la face antéro-externe de la jambe gauche. Un peu d'empâtement et de rougeur de voisinage.

Repos au lit, compresses froides.

Guérison au bout de huit jours.

Obs. LXXX. — *Pl. de la jambe.* — Haunes (Séraphin), trente-deux ans, cocher, entré le 7 mai 1875. Coup de pied de cheval reçu la veille. Plaie circulaire de 0,02 de diamètre, à bords réguliers, siégeant sur le tiers moyen de la face antéro-externe de la jambe gauche. Ecchymose tout autour.

On doit noter que ce malade est scrofuleux, et qu'au moment de son entrée il porte un abcès ganglionnaire ouvert sur la partie droite du cou.

Pansement simple de la plaie. — Cataplasmes et injections d'eau alcoolisée dans l'abcès du cou. Fer et quinquina à l'intérieur. Au bout de trois semaines la plaie est guérie et la suppuration du cou tarie.

Obs. LXXXI. — *Pl. de la jambe.* — Godefroy (Auguste), trente-neuf ans, couvreur, entré le 7 septembre 1874. La veille, ce malade, ayant fait une chute de la hauteur d'un deuxième étage, était tombé sur les

pieds et s'était fait une plaie contuse au-dessous de la malléole interne du côté gauche. La plaie a la grandeur d'une pièce de 2 francs, les bords sont déchiquetés et donnent un peu de sang. Elle ne paraît pas profonde.

On ne remarque pas de signes de fracture ni de luxation, les surfaces articulaires sont dans leur rapport normal. Compression avec quelques rondelles d'amadou. Au bout de trois jours il s'établit une suppuration qui occasionne un petit mouvement fébrile. Le malade perd un peu l'appétit, sa jambe se gonfle. Tous ces symptômes disparaissent le 20 septembre, sans autre traitement que le repos au lit et un pansement simple. La guérison fut complète au bout d'un mois.

Obs. LXXXII. — *Pl. de la face dorsale des orteils.* — Mathieu (Jacob), trente-huit ans, journalier, entré le 5 avril 1865. La veille, une porte assez épaisse est tombée perpendiculairement sur l'extrémité antérieure du pied droit.

Plaie contuse avec écrasement des parties molles de l'extrémité des trois premiers orteils du pied sans que les os soient intéressés.

Pansement avec de la charpie imbibée d'alcool. — Guérison au bout de quinze jours.

Obs. LXXXIII. — *Pl. du gros orteil droit.* — Berthier (François), trente-trois ans, camionneur, entré le 19 février 1875. Il y a deux jours la roue d'une voiture de place non chargée lui a passé sur le pied droit.

Ecchymose sur la face dorsale des cinq orteils.

Petite plaie de l'extrémité du gros orteil, dont l'ongle a été en partie arraché.

Pansement simple. — Guérison au bout de six jours.

Obs. LXXXIV. — *Pl. des deux premiers orteils du côté gauche.* — Pautel (Pierre), trente-deux ans, doreur, entré le 14 mai 1875.

Hier un corps assez lourd lui est tombé sur le pied gauche.

Plaie superficielle siégeant entre les deux premiers orteils. Engorgement ganglionnaire dans l'aine correspondante.

Repos et cataplasmes. — Pansement simple au-dessous. — Guérison complète au bout de dix jours.

Obs. LXXXV. — *Pl. des orteils.* — Kilbertus (François), vingt-deux ans, cantonnier, entré le 3 mai 1875.

Une voiture légère lui est passée hier sur le pied droit.

La face dorsale des orteils du pied droit présente une plaie contuse, saignante, avec écrasement des parties molles. Pas de fracture.

Pansement à l'eau alcoolisée. — Guérison au bout de quinze jours.

Obs. LXXXVI. — *Pl. du gros orteil.* — Gauthier (Louis), vingt-six ans, journalier, entré le 7 juin 1875.

Une barre de fer du poids de 10 kilogrammes lui est tombée hier sur le pied, d'une hauteur de 1 mètre 50.

A l'extrémité du gros orteil du pied droit, sur la face dorsale, existe une plaie superficielle, de l'étendue d'une pièce de 1 franc. L'ongle a été en partie enlevé, et la plaie se trouve taillée en biseau aux dépens de la face dorsale. Les parties molles sous-jacentes surtout se sont mortifiées et ont été emportées par la suppuration. L'os n'a été ni fracturé, ni séparé de son périoste. Léger gonflement, douleur surtout dans la marche.

Compresses d'eau alcoolisée, compression légère avec des bandelettes de diachylon. Guérison au bout de huit jours.

Obs. LXXXVII. — *Broiement d'une phalange du gros orteil.* — Bulias (Alexis), journalier, trente-neuf ans, entré le 11 septembre 1874.

Cet homme a été surpris par un camion chargé qui lui a passé sur l'extrémité du pied droit. Le gros orteil présente une plaie contuse qui part de la racine sur le côté interne et s'étend obliquement sur la face dorsale vers son extrémité. Sur la face dorsale, on voit une division longitudinale de la peau assez peu profonde pour ne pas intéresser les articulations phalangiennes et métatarso-phalangienne du gros orteil. La deuxième phalange a été fracturée vers son extrémité libre, et une partie a été totalement enlevée. L'ongle a été arraché. A ce niveau, l'os n'est pas recouvert par son périoste. L'hémorrhagie a été peu considérable; la douleur, un peu vive au début, est très-promptement devenue tolérable. Le pied n'est point tuméfié. Le malade, aussitôt après l'accident, a eu recours au pansement à l'eau froide. A son entrée à l'hôpital : jambe immobilisée dans une gouttière en fils métalliques; pansement de l'orteil avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. — Guérison au bout de quinze jours.

CHAPITRE II

ACCIDENTS SYPHILITIQUES

Les malades que nous avons fait entrer dans le service et que nous avons traités pendant quelque temps portaient tous des accidents tertiaires. On peut les classer de la sorte :

Gommes, 8, dont une publiée dans la première partie (6e leçon). Paralysie limitée, probablement par compression, 1. Affections osseuses, 3. Syphilide ulcéreuse, 1.

Les gommes siégeaient dans la cavité buccale (langue et plancher de la bouche) (obs. LXXXVIII et LXXXIX), à la fourchette sternale, dans le tissu cellulaire sous-cutané du bras et probablement la gaîne du médian, dans les muscles de la face interne de la cuisse et dans ceux du mollet (obs. XCII et XCIII). Des troubles de nutrition et de sensibilité, dus probablement à la compression des vaisseaux et des nerfs du voisinage, accompagnèrent la gomme du bras (obs. XCI).

La paralysie portait sur la sixième paire ; elle était accompagnée d'une céphalalgie frontale atroce, sans vertige ni vomissements. Sa disparition sous l'influence de l'iodure de potassium montra son origine (obs. CXV).

Enfin, dans une de nos observations, la syphilis affecta une allure ulcéreuse tout particulièrement maligne ; les manifestations se succédèrent à des intervalles extrêmement courts, et offrirent toutes une certaine gravité. Il y eut nécrose des os du nez, gomme de l'orbite, etc.

La syphilide ulcéreuse de la lèvre, qui fait le sujet de l'observation XCIX, a été déjà mentionnée dans la sixième leçon (voy. page 80, fig. 15). Elle prit un caractère spécial et amena

une cicatrice vicieuse. Il faut dire que le malade avait fait pendant longtemps des frictions avec des pommades irritantes.

§ I

GOMMES.

Obs. LXXXVIII. — *Gomme du plancher de la bouche et de la langue.* — X..., quarante-huit ans, entré le 15 mars 1875. Il y a cinq ans, chancre sur la face dorsale du gland. — Quelque temps après, plaque muqueuse à

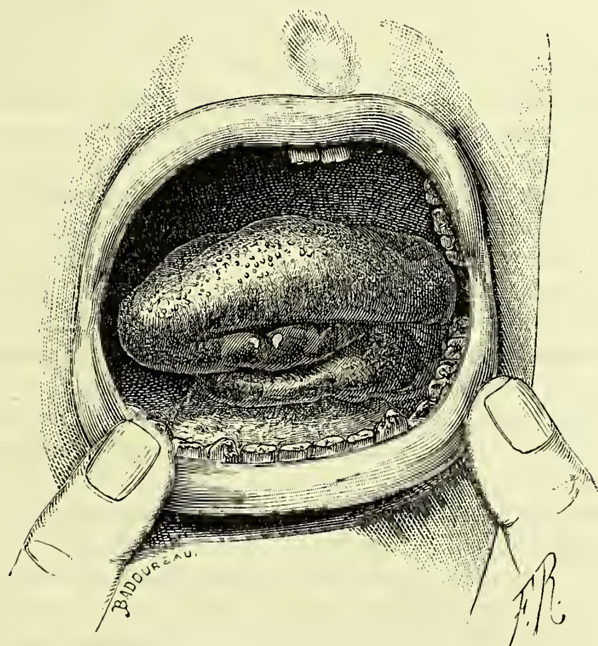


Fig. 32. — Gomme du plancher de la bouche et de la langue.

la racine de la cuisse droite ; au bout d'un an, éruption du cuir chevelu. — En 1870, tumeur dure sur le vertex, peut-être une exostose, disparue sous l'influence de l'iodure de potassium. Au mois de décembre de la même année, apparition d'une petite tumeur qui fut prise pour un abcès dans la région sus-hyoïdienne. Consécutivement, apparition d'un gonflement qui n'a pas cessé de s'accroître à gauche, dans le sillon sublingual. La tuméfaction a peu à peu comblé ce sillon et envahi la langue en dernier

lieu. Aussi cet organe est comme enclavé ; ses mouvements sont gênés, et son tissu est hypertrophié (voy. fig. 32). Sur certains points les tissus sont soulevés et la mortification est imminente. Iodure de potassium, 3 grammes par jour. Après trois semaines de séjour à l'hôpital, l'état du malade s'est notablement amélioré. La tumeur a diminué de volume. Les mouvements de la langue sont plus libres. Il quitte l'hôpital, et continue son traitement chez lui.

Obs. LXXXIX. — *G. de la langue. Diminution rapide sous l'influence de l'iodure de potassium* (Tumeur dont le moule colorié fait par M. Baretta est conservé au musée particulier de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis). — Cautone (François), cinquante ans, commis voyageur, entré le 20 avril 1874. Depuis un an il était affecté d'une tumeur de l'extrémité antérieure de la langue. Elle a aujourd'hui le volume d'un marron. Ce malade a contracté la syphilis il y a trente ans, et suivi alors un traitement de trois mois. Depuis il n'a eu aucune manifestation de caractère douteux. Il y a deux mois, il remarqua une gêne dans la mastication et la phonation ; elle n'était point d'ailleurs accompagnée de douleur.

A son entrée : la tumeur, du volume d'un marron, occupe la ligne médiane de la langue qu'elle déborde un peu à droite vers l'extrémité. Quand le malade sort fortement la langue, la tumeur diminue de volume et disparaît même entièrement. La face dorsale seule semble envahie, la face inférieure n'offre aucune saillie. La muqueuse présente en arrière de la tumeur des fissures dont quelques-unes sont assez profondes. Le malade n'accuse aucune douleur, mais simplement de la gêne pour la mastication et la phonation. La muqueuse a conservé son aspect normal, à part les fissures longitudinales qui deviennent plus profondes vers la base de la langue.

Au toucher, on sent trois ou quatre noyaux résistants non ramollis. Rien dans les ganglions.

Iodure de potassium, 4 grammes par jour. Diminution rapide de la tumeur. Au bout de quinze jours, quand le malade sort, elle est réduite au tiers de son volume primitif. Il continue son traitement chez lui.

Obs. XC. — *G. de la fourchette du sternum.* — Grenouillet (François), trente-huit ans, entré le 5 janvier 1874. Il a eu la syphilis en 1857, et fut soigné au Midi. Il y a environ cinq mois, le malade remarqua sur la fourchette sternale une tumeur du volume d'un gros œuf qui grossit rapidement et s'ulcéra. A son entrée dans le service, l'ulcération, régulièrement circulaire et taillée à pic, recouvre toute la fourchette du sternum. Elle est peu profonde et recouverte en partie de croûtes. Le fond est d'un rouge ocreux.

Iodure de potassium, 4 grammes par jour. — Le malade quitte le service

au bout de deux jours, et continue de suivre son traitement à domicile. Depuis lors, il est revenu plusieurs fois à la consultation; après deux mois de traitement il a été complétement guéri.

Obs. XCI. — *G. du bras gauche. Trouble de nutrition de l'extrémité des doigts. Trouble de sensibilité dans la face palmaire.* — G... (Pierre), soixante-cinq ans, entré le 28 novembre 1874 pour une tumeur du bras gauche ayant débuté il y a trois semaines environ. Ce malade nie tout antécédent syphilitique; il avoue seulement avoir eu plusieurs éruptions cutanées, et à diverses reprises de la raucité de la voix. Alopécie surtout dans la région fronto-pariétale. Pas de cicatrice sur la verge. Rien dans les ganglions. Tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule siégeant à 0,01 environ au-dessus de la ligne qui joint l'épitrochlée à l'épicondyte. La peau qui recouvre cette tumeur est un peu rouge par places; elle est sur le point de s'ulcérer. En d'autres endroits, elle est recouverte par une éruption qui ressemble à des bulles de pemphigus; au toucher, la tumeur est assez dure, mais commence à se ramollir en certains points. Elle adhère étroitement à la peau et aux parties profondes.

La main présente des troubles de nutrition assez sérieux. A l'extrémité antérieure du pouce, de l'index, du médius et de l'annulaire, on trouve de petites ulcérations arrondies régulièrement circulaires; celles du pouce et de l'index correspondent exactement à la pulpe du doigt, elles remontent jusqu'à l'extrémité de l'ongle; les téguments sont élevés, et forment un bourrelet autour d'elles; celles du médius et de l'annulaire occupent la face interne de ces deux doigts. Toutes ces ulcérations n'intéressent que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; nulle part les phalanges ne sont à nu. L'ongle est rabougri, et les doigts intéressés ont la forme dite en massue. Engourdissement des mêmes doigts, et troubles de sensibilité du côté de la face palmaire; rien sur l'auriculaire. Iodure de potassium à l'intérieur (3 grammes). Occlusion, avec des bandelettes de sparadrap, pour les ulcérations des doigts.

11. La tumeur ne s'est pas ulcérée, et elle a notablement diminué. Les ulcérations des doigts se rétrécissent. Même traitement.

25. L'ulcération du pouce est fermée. La sensibilité de toute la main redevient normale; la tumeur du bras n'a plus qu'un volume insignifiant. Le malade quitte le service. On l'a revu au bout de trois semaines; la tumeur et les accidents qu'elle produisait avaient disparu.

Obs. XCII. — *G. du triceps sural.* — Leclaire, soixante ans, courtier, entré le 2 janvier 1874 pour une tumeur siégeant dans l'épaisseur du triceps sural de la jambe droite. Le malade fait remonter le début de sa tumeur à un an. Elle avait le volume d'une noisette, était dure et ne roulait pas sous la peau, mais située assez profondément; elle était entourée d'une

zone d'empâtement large de 2 centimètres environ. Bientôt la marche devint pénible, la fatigue était prompte à venir. Le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, la tumeur a le volume d'une grosse orange; elle est bosselée, violacée, entourée d'un empâtement caractéristique, et sur le point de s'ulcérer en plusieurs endroits. Au sommet de l'un de ses mamelons on trouve même une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes régulière et comme taillée à l'emporte-pièce. Elle occupe le bord externe des muscles jumeaux externe et soléaire, et empiète un peu, sur le corps charnu, de tous les muscles qui entourent le péroné à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Bien que le malade nie tout antécédent syphilitique, on prescrit l'iodure de potassium à dose de 3 grammes par jour. A la fin de janvier, la tumeur a complétement disparu.

Obs. XCIII. — *G. de la face interne de la cuisse.* — Godel (François), trente-trois ans, entré le 26 juin 1874, homme fort et vigoureux et qui nie tout antécédent syphilitique. Porte sur le tiers supérieur de la face interne de la cuisse gauche une petite tumeur qu'il rattache à des traumatismes répétés. Il croit qu'elle est produite par de lourds fardeaux qu'il décharge de voiture et qu'il laisse glisser sur la cuisse. Elle a débuté il y a deux mois par une petite grosseur bien limitée, du volume d'une châtaigne, et augmenté de volume de telle sorte que, depuis cinq à six jours, elle atteint celui d'un œuf de poule. Cette tumeur est dure, empâtée à sa base, bien limitée au tissu cellulaire, demi-fluctuante. La peau est rouge et luisante au sommet. Quelques jours après l'entrée du malade, la fluctuation devient manifeste sur un petit point du sommet, et la tumeur s'ouvre spontanément le 3 juillet par plusieurs orifices.

Le fond de la plaie est grisâtre, atone, les bords déchiquetés, taillés à pic; l'ulcération atteint la largeur d'une pièce de 2 francs.

Iodure de potassium, 4 grammes. Au bout de huit jours, la tumeur a notablement diminué, les pertes de substance sont en voie de réparation très-avancée. Le malade quitte le service pour continuer son traitement chez lui.

Obs. XCIV. — *G. des téguments qui recouvrent la malléole externe.* — Legris (Félix), quarante-trois ans, laitier, entré le 8 avril pour une ulcération siégeant au-dessus de la malléole externe du pied gauche. Ce malade a contracté la syphilis il y a vingt-cinq ans : chancre unique, bubons, plaques muqueuses, roséole. Il y a huit mois, le malade remarqua sur la malléole externe du pied gauche une petite tumeur qui se recouvrit d'une croûte sèche d'abord, puis s'ulcéra, et augmenta de largeur. Aujourd'hui les téguments qui recouvrent la malléole sont le siége d'un gonflement sensible avec empâtement du tissu cellulaire du voisinage. Sur le sommet

de la malléole, au centre du gonflement, existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs, profonde, à bords taillés à pic, atône. Elle saigne difficilement, et a l'aspect des gommes suppurées.

Iodure de potassium. Pansement local avec de la charpie imbibée de vin aromatique. Le malade sort le 24 avril presque guéri.

§ II

PARALYSIES.

Obs. XCV. — *Paralysie de la sixième paire. Céphalalgie frontale vive. Iodure de potassium. Amélioration.* —Dupont (Armand), vingt-cinq ans, gardien de la paix, entré le 21 septembre 1874.

Depuis longtemps déjà il souffrait de la tête; et la douleur se limitait surtout en avant au-dessus des deux arcades sourcilières. Pas de bourdonnements d'oreille ni de troubles de la vision. Il y a quatre jours, survint brusquement de la diplopie sans que le malade eût éprouvé aucun accident nouveau. A son entrée dans le service, il se plaint beaucoup du trouble visuel créé par la diplopie. Pas de fièvre, appétit. Des maux de tête, très-violents parfois, surviennent inopinément. On constate une paralysie de la sixième paire du côté droit avec diplopie croisée, aussitôt que le malade regarde à droite.

Il y a deux ans, cet homme a contracté la syphilis pour laquelle il est resté dix-sept jours à l'hôpital militaire de Satory. Il prit des pilules de Van-Swieten et de Sédillot. Depuis lors il a eu de fréquents maux de gorge et a vu ses cheveux tomber. Pas de taches sur la peau. Rien dans l'iris, le corps vitré, la rétine et le nerf optique.

Sirop de Gibert et iodure de potassium.

Pendant une vingtaine de jours que le malade reste dans le service et prend chaque jour le traitement, la céphalalgie diminue, mais la paralysie persiste.

10 octobre. Le malade sort, préférant continuer de se soigner chez lui.

30 novembre. Le malade, qui n'a pas cessé le traitement, se présente à la consultation pour obtenir de nouveaux médicaments. Son état s'est notablement amélioré. Plus de céphalalgie. Le muscle droit interne a recouvré quelques mouvements; les douleurs ont cédé. Lorsque nous le revîmes plusieurs mois après, les troubles visuels avaient disparu.

§ III

ACCIDENTS DU CÔTÉ DES OS.

Obs. XCVI. — *Perforation syphilitique de la voûte palatine.* — Cardon (Alexandre), trente ans, entré le 4 février 1874 pour une perforation syphilitique de la voûte palatine.

Il y a dix ans, ce malade contracta un chancre du prépuce qu'il négligea de soigner. Sauf une roséole étendue, il n'avait eu aucun accident capable de l'inquiéter, lorsqu'il y a sept à huit mois, il ressentit des douleurs siégeant sur la voûte palatine, douleurs s'exaspérant pendant la nuit. Peu à peu il se produisit une petite ulcération, puis arriva la perforation: c'était en septembre 1873.

Ce n'est qu'en février 1874 que le malade se décide à entrer à l'hôpital. On constate une double perforation de chaque côté de la ligne médiane. Les orifices sont juste assez grands pour permettre l'introduction d'un stylet de trousse. Le malade ne peut avaler les liquides qu'avec la plus grande précaution. Il ne présente d'ailleurs aucune autre manifestation.

On le soumet au régime de l'iodure de potassium ; il sort en mars ne souffrant plus, et promettant de revenir un peu plus tard.

Obs. XCVII. — *Nécrose syphilitique des os du nez. Perforation de la voûte palatine. Gomme de la région orbitaire. Hydarthrose du genou.* — Melet (Célestin), trente-trois ans, bimbelotier, entré le 22 avril 1874. Amaigri et cachectique; alopécie. Il y a huit ans, cet homme contracta un chancre induré du prépuce, et entra à l'hôpital du Midi dans le service de M. Liégeois, où il resta cinq mois.

Un an après sa sortie du Midi, apparut sur les jambes et les bras un rupia syphilitique pour lequel il reçut pendant six semaines des soins à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin. Il eut ensuite une laryngite accompagnée d'ulcérations siégeant sur les amygdales. Cautérisation au nitrate d'argent. Quelque temps après, survint une perforation du voile du palais. Pendant deux ans aucun autre accident n'apparut. Alors le malade remarqua des plaques muqueuses à la gorge et à la racine de la verge. Ces plaques disparurent sous l'influence de l'iodure de potassium.

Il y a deux ans, il constata que les cartilages du nez s'ulcéraient, et qu'en même temps la peau du nez prenait une coloration violacée. Il entra quelque temps dans le service de M. Guibout. Après huit jours de traitement par l'iodure de potassium, il sortit de l'hôpital.

En se mouchant, il trouva cinq à six fragments d'os qui tombèrent à des époques différentes, et sans causer de douleurs. Pendant ce temps, il se fit une petite ulcération qui siégeait dans le sillon naso-jugal, vers

la partie supérieure, et dont on voit aujourd'hui la trace cicatricielle. L'ulcération de la voûte palatine avait progressé et atteint 3 à 4 millimètres de diamètre.

Dans les derniers jours de décembre 1873 une tuméfaction était survenue à la partie externe de l'arcade orbitaire droite; cette tuméfaction, aussi considérable que celle qui existe actuellement avait disparu après trois jours de traitement par l'iodure de potassium. Il y a deux mois, la tuméfaction est revenue peu à peu, sans changement de coloration de la peau. Sa consistance était très-dure. Depuis cinq à six jours, cette partie s'est ramollie du sommet vers la base, il y avait aussi de légères douleurs, et de la rougeur de la peau à ce niveau. En même temps que l'ulcération des cartilages du nez se produisait, l'articulation fémoro-tibiale droite devenait le siége d'une hydarthrose dont la saillie se montre surtout vers la partie interne de la jambe.

Cet homme n'aurait jamais eu de maladies aiguës. Il a eu la gourme étant enfant et porte plusieurs cicatrices au cou; les ganglions qui restent sont durs et volumineux. Le nez est comme coupé par un sillon transversal qui siége vers le tiers supérieur et qui tient à la nécrose des cartilages nasaux. L'extrémité inférieure du nez est dès lors excessivement mobile. On sent facilement plusieurs séquestres nécrosés qui n'ont point été expulsés. Iodure de potassium, 3 grammes par jour.

2 mai. Après des applications continuelles de cataplasmes, l'abcès s'est ouvert spontanément dans la nuit, et il s'est fait un écoulement considérable de pus.

10. La suppuration s'est tarie; le malade continue son traitement antisyphilitique.

6 juin. Le malade amélioré, part pour Vincennes où il continue son traitement.

Obs. XCVIII. — *Exostose des os propres du nez.* — Lambert (François), trente-deux ans, entré à l'hôpital le 25 juillet 1874. Ce malade a contracté la syphilis il y a douze ans; il subit alors un traitement de trois mois. (Sirop de Gibert, etc.). Depuis cette époque, il n'eut aucun accident. Il y a six mois, il s'aperçut que son nez grossissait vers sa racine, en même temps qu'il ressentait dans cette région des douleurs très-vives, surtout la nuit. Il présente à la racine du nez du côté droit une tumeur osseuse, douloureuse à la pression, et qui, depuis trois semaines, a notablement augmenté de volume. On ne remarque rien du côté du voile du palais, ni sur le reste du corps.

Le malade est traité par l'iodure de potassium (3 grammes par jour), et il quitte le service le 5 août dans un état d'amélioration manifeste. La tumeur n'est plus douloureuse et a diminué de volume; il devra continuer son traitement chez lui.

§ IV

ACCIDENTS CUTANÉS.

Obs. XCIX. — *Syphilide ulcéreuse de la lèvre* (voy. *Cliniques*, p. 65). — Outal (Pierre), quarante-deux ans, journalier, entré le 19 mars 1875.

En 1868, cet homme a contracté un chancre sur le gland. A cette époque il à pris des pilules, dont il ne connaît pas le nom. Il est survenu une roséole et des plaques muqueuses de la bouche. Les ganglions inguinaux se sont pris six à sept mois plus tard. La résolution s'obtint par des frictions à l'iodure de potassium. Il y a deux mois il est survenu une toute petite crevasse de la lèvre supérieure, qu'il a vainement essayé de guérir par des pommades. La petite ulcération s'élargit, gagna les ailes du nez, et s'étendit à une partie de la joue gauche. A son entrée dans le service on trouve une vaste ulcération peu profonde, à bords irréguliers, offrant tous les caractères des syphilides ulcéreuses, et qui a envahi la presque totalité du nez, la lèvre supérieure et une partie de la joue gauche. Elle remonte jusqu'à la paupière inférieure qui est intacte. A droite, l'ulcération a respecté la joue, et ne remonte guère au delà du muscle dilatateur de la narine dont la surface est en partie recouverte par des plaques noires qui paraissent produites par la pommade dont il s'est servi en dernier lieu.

Cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent. Sirop de Gibert à l'intérieur.

Ulcération guérie au bout d'un mois, mais ayant laissé à sa place un semi-renversement en haut de la lèvre supérieure (voy. fig. 17).

CHAPITRE III

MALADIES DES OS

Nous avons placé ici un certain nombre de tableaux dans lesquels rentrent la plupart des fractures et des phlegmasies du tissu osseux. Nous avons suivi exactement le même ordre dans ce chapitre que dans ceux qui précèdent, c'est-à-dire que nous l'avons subdivisé en trois paragraphes; dans le premier, nous plaçons les fractures, du moins celles qui n'offrent pas un intérêt assez grand pour qu'il soit nécessaire de leur consacrer une longue observation. On s'étonnera peut-être de ne pas voir une seule fracture de l'humérus au commencement des tableaux qui ont trait au membre supérieur; nous les avons rejetés au troisième paragraphe, et cela pour deux raisons : d'abord il y en a plusieurs qui présentent des particularités que les exigences typographiques réclamées par l'exécution d'un tableau ne permettraient pas de noter; en second lieu, les fractures simples sont peu nombreuses et ne suffiraient pas pour remplir un tableau.

Dans notre second paragraphe nous plaçons les affections inflammatoires des os, parmi lesquelles nous avons rangé les nécroses.

Enfin, sous le titre d'*Observations offrant un intérêt spécial*, nous donnons dans un troisième paragraphe toutes les maladies que, pour une cause ou pour une autre, nous n'avons pas fait rentrer dans les deux premiers. Certaines fractures, certaines affections inflammatoires dont la marche a été insolite, et qui ont réclamé des opérations, ont trouvé leur place dans ce paragraphe à côté des tumeurs proprement dites des os.

Comme les fractures des os de la tête et du tronc sont classées également dans la troisième partie de ce chapitre, nous commençons par les fractures des deux os de l'avant-bras, puis nous continuons par celles des os du membre inférieur, en commençant par les fractures du fémur.

§ I

FRACTURES.

A. — Membre supérieur.

Avant-bras. 14 cas. — 7 pour les 2 os et 7 pour le radius seul.

Sur les sept fractures des deux os, il y en eut cinq transversales complètes; les deux os étant rompus au même niveau; une fracture oblique du radius accompagnant une fracture transversale du cubitus, enfin un cas de pénétration réciproque des deux fragments du radius (obs. 110).

La plupart de ces fractures se sont faites à la suite de chute sur les mains, soit que les malades fussent tombés de leur hauteur, soit que la chute ait eu lieu d'un peu plus haut; trois malades étaient tombés pendant la marche et de leur hauteur; un de deux mètres à peu près; un autre de sa hauteur dans un escalier. Ce malade n'a pu dire si l'os fracturé avait porté contre l'arête d'une marche ou si la fracture était simplement la suite de la chute. Un autre, en tombant d'un troisième étage, s'était fait, en même temps que celle du radius, une fracture par divulsion de la malléole externe. Enfin, dans un cas, la fracture fut produite par le choc d'une lourde chaîne de fer en mouvement. Chez trois malades, il y avait une contusion suffisamment sérieuse pour réclamer un traitement. Comme toujours, nous eûmes recours à l'immobilisation et aux compresses résolutives.

Les traitements des fractures elles-mêmes furent les suivants : dans un cas, application immédiate d'un bandage roulé

et d'un appareil plâtré ; dans quatre cas, réduction, puis application de l'appareil classique constitué par des compresses graduées maintenues au moyen d'attelles de bois ; dans un cas, on appliqua l'appareil plâtré, aussitôt après la réduction. Trois malades quittent le service peu de temps après qu'on eut posé l'appareil. Les quatre autres sont sortis avec leur fracture consolidée sans douleur et avec possibilité des mouvements de pronation et de supination au bout d'un temps variant de vingt-six à trente-cinq jours.

Parmi les sept fractures du radius, on en trouve six transversales complètes et une avec pénétration réciproque des fragments. Trois eurent pour cause un choc direct (une, un coup de pied de cheval; deux, la chute d'un corps solide dont la nature n'est pas spécifiée sur l'avant-bras; deux, une chute sur la paume de la main; une chute sur la face dorsale. Dans trois cas, la fracture était accompagnée d'une contusion assez forte au même niveau. Dans quatre cas, on fit la réduction, qui fut maintenue deux fois avec l'appareil ordinaire à compresses graduées et à attelles. Dans deux cas, la réduction avait été faite en ville et l'appareil que portaient les malades, lors de leur entrée, fut laissé en place. Dans cinq cas, la consolidation fut complète et le malade put reprendre ses occupations au bout d'un temps variant de dix-huit à vingt-huit jours.

TAB. L

Nos D'ORDRE.	NOM, AGE, profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant produit la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
100	Marchand (Joseph), 71 ans, lampiste.	12 août 1874.	Le 11 août chute sur la paume de la main.	Les 2 os de l'avant-bras droit à 1/2 trav. de doigt au-dessus de l'articulation radio-carpienne.	Transversale pour les 2 os.	Gonflement remontant jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. Crépitation. Déformation en dos de fourchette.	»
101	Martin (Charles), 16 ans, fleuriste.	14 septembre 1874.	13 sept. — Chute d'une hauteur de 2 m. sur la paume de la main gauche.	Les 2 os de l'avant-bras gauche au lieu d'élection.	Id.	Gonflement considérable de la main et de la moitié inférieure de l'avant-bras masquant les autres symptômes.	Douleur très-vive niveau de la fractu Perte de tous les mo vements.
102	Ganory (Madeleine) 40 ans, couturière.	23 septembre 1874.	23 sept. — Chute sur la paume de la main.	Les 2 os de l'avant-bras droit.	Id.	Déformation en dos de fourchette, mobilité anormale. Crépitation.	Douleur au niveau point fracturé. I possibilité des mo vements de pronati et de supination.
103	Lainé (Jean), 41 ans, briquetier.	5 février 1875.	5 février, chute dans un escalier.	Les 2 os de l'avant-bras à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur.	Paraît oblique de haut en bas et de dedans en dehors pr le radius.	Peu de gonflement. Mobilité anormale. On ne constate pas de déplacement. Crépitation très-évidente.	Douleur vive. Impos bilité de tous les mo vements.
104	Hervé (Joseph), 35 ans, garçon de lavoir.	28 mars 1875.	27 mars, le malade a reçu sur le bras une chaîne de fer projetée avec force.	Les 2 os de l'avant-bras droit à $0^m,02$ au-dessus de la jointure.	Transversale pour les 2 os.	Gonflement remontant jusqu'à $0^m,04$ au dessus de l'articulation. Pas de déformation. Ecchymose à 2 travers de doigt au-dessus du sommet de l'apophyse styloïde du radius. Crépitation évidente.	Douleurs vives exag rées par les mouv ments communiqu au membre.
105	Paquet (Etienne), 14 ans, peintre sur porcelaine.	12 avril 1875.	11 avril, chute sur la paume de la main.	Les 2 os de l'avant-bras droit à $0^m,012$ au-dessus de l'articulation.	Id.	Gonflement de toute la région du poignet, saillie du fragment inférieur à la face postérieure de l'avant-bras. Dos de fourchette. Pas de crépitation.	Douleur vive limité 1/2 travers de doi au-dessus de l'extr mité inférieure du dius et s'exaspéra par la pression. Mouvements de l'art culation radio-ca pienne libres. Lég abduction de la mai
106	Dupuis (Victor), 38 ans, couvreur.	15 mars 1874.	14 mars, chute d'un 3e étage sur les pieds et la paume de la main.	Les 2 os de l'avant-bras gauche au lieu d'élection.	Transversale avec pénétration réciproque des fragments.	Gonflement énorme du poignet gauche. Déformation très-sensible, cubitus gauche ayant 2 centim. de moins en longueur que celui du côté droit. Dos de fourchette très-prononcé. Crépitation. Mouvements anormaux à un travers de doigt au-dessus de l'extrémité inférieure des deux os.	Vive douleur dans t le 1/3 inferieur l'avant et la régi carpienne. Impos bilité des mouv ments.

…CATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…cune.	»	Bandage roulé au-dessous d'un appareil plâtré.	»	17 jours.	»	Quitte le service sur sa demande avec son appareil.
…contusion …rties mol-	Pendant 4 jours compresses résolutives.	Réduction. Appareil plâtré.	»	12 jours.	»	Même observation.
…cune.	»	Réduction. Appareil avec compresses graduées et double attelle de bois.	»	»	»	Même observation.
…on des par- …molles.	Compresses résolutives pendant 3 jours.	Réduction. Appareil plâtré.	24 jours.	26 jours.	Consolidation complète.	»
…cune.	»	Réduction. Attelles postérieure et antérieure avec une bande de toile roulée et maintenue dans la paume de la main.	24 jours.	25 jours.	Id.	»
…d.	»	Même traitement.	27 jours.	5 jours.	»	Le malade sort avec son appareil. Revu à la consultation le 15 mai, et on a constaté la consolidation et la restitution des mouvements.
…usions …es molles.	Immobilité et compresses résolutives sur le poignet.	Réduction des 2 fractures 4 jours après l'entrée. 2 compresses graduées maintenues par 2 attelles de bois attachées avec des bandes de diachylon.	32 jours.	35 jours.	Consolidation parfaite.	Ce malade avait en outre une fracture par divulsion de la malléole externe traitée par les procédés ordinaires et guérie en même temps que la fracture du radius.



TAB. II.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉS.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	 FONCTIONNELS
107	Rémy (Nicolas), 24 ans, cocher.	18 mars 1874.	Le 17 mars, coup de pied de cheval au niveau du point où siége la fracture.	Radius gauche, union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur.	Transversale complète	Ecchymose remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radius; et à deux travers de doigt en haut et en dehors du condyle externe de l'humérus. Pas de crépitation, pas de saillie anormale. Gonflement considérable de tout l'avant-bras.	Douleur limitée à 8 timètres du co externe de l'hum sur la face an externe de l'a bras. Mouvements de p tion et de su tion très-doulo et presque imp bles.
108	Boulanger (Jean), 18 ans.	9 novembre 1874.	Le 6 novembre, chute d'un corps solide sur l'extrémité inférre de l'avant-bras.	R. droit, 4 centimèt. au-dessus du sommet de l'apophyse styloïde.	Id.	?	?
109	Vallée (François), 46 ans, journalier.	28 mai 1875.	Le 27 mai, chute sur la paume de la main.	R. droit. Extrémité inférieure au lieu d'élection.	Id.	Déformation en dos de fourchette. Gonflement peu considérable.	Douleur limité foyer de la fractur
110	Serre (Denis), 32 ans, cultivateur.	11 juin 1875.	Le 10 juin, chute sur la face dorsale de la main.	R. droit à 0m,015 au-dessus du rebord articulaire.	Avec pénétration réciproque des fragments.	Avant-bras droit dans la pronation. Déformation en dos de fourchette. Pas de crépitation. Tuméfaction notable.	Douleur limitée veau de la fra Pronation et s tion impossibl
111	Bouvet (Joseph), 46 ans, maçon.	18 mai 1874.	Le 9 mai, chute sur la paume de la main.	R. gauche à 0m,012 au-dessus de l'articulation.	Transversale complète	?	?
112	Lécuyer (Henri), 32 ans.	24 juillet 1874.	Le 23 juillet, chute d'un corps solide sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras.	R. droit. Extrémité inférieure à 0m,01 de l'articulation.	Id.	Crépitation évidente. Gonflement considérable. Déformation en dos de fourchette.	Douleur limitée a de la fracture. Impossibilité de nation et de pination.
113	Cayla (Jean), 15 ans, horloger.	24 juillet 1874.	Le 23 juillet, chute sur le poing fermé.	R. droit à 0m,015 du rebord articulaire.	Id.	Gonflement peu considérable de l'avant-bras. Déformation cylindrique au niveau du point fracturé. Mobilité anormale. Crépitation facile à percevoir.	Id.

…PLICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…tusion simple …parties molles.	Compresses résolutives pendant 4 jours.	Immobilisation au moyen de deux attelles de bois, l'une antérieure et l'autre postérieure. Avant-bras supporté par une écharpe de Mayor.	»	9 jours.	«	A quitté le service sur sa demande; on l'a revu plusieurs fois depuis sa sortie. Les mouvements de pronation et de supination ont été recouvrés au bout de 35 jours environ.
Aucune.	?	?	?	1 jour.	?	La réduction ayant été faite au moment de l'entrée, l'appareil qui avait été mis en ville ne fut point enlevé, et le malade quitta le service sur sa demande le lendemain.
Id.	»	Réduction puis appareil formé de 2 compresses graduées, l'une antérieure, l'autre postérieure, maintenues par des attelles de bois fixées avec des bandelettes de sparadrap.	18 jours.	18 jours.	Consolidation complète.	»
Contusion.	Compresses d'eau blanche pendant 3 jours.	Le même que dans le cas précédent.	23 jours.	25 jours.	Id.	»
?	?	Appareil silicaté.	22 jours.	20 jours.	Id.	Portait lors de son entrée un appareil depuis deux jours. On le laissa en place.
Contusion.	Compresses d'eau blanche pendant 3 jours.	Réduction puis appareil composé de deux compresses graduées maintenues par des attelles.	24 jours.	3 jours.	Id.	Le malade quitte le service sur sa demande après la pose de l'appareil. On l'a revu aux consultations et le 28e jour les mouvements de pronation et de supination étaient possibles.
Aucune.	»	Réduction. Le même appareil que dans le cas précédent, puis appareil plâtré.	28 jours.	29 jours.	Id.	»

B. — Membre inférieur.

1° cuisse.

14 fractures du fémur que l'on peut répartir ainsi suivant leur siége :

Col..	3
Corps..	11

Les fractures du col furent observées chez trois vieilles femmes, l'une de soixante-seize ans, l'autre de soixante-six et la troisième de soixante-treize. Dans un cas, la fracture survint à la suite d'une chute, et la malade ne put dire si l'os avait porté contre un corps solide ; les deux autres malades avaient au contraire noté cette circonstance. Chez l'une le grand trochanter avait heurté l'arête saillante d'un trottoir, chez l'autre celle d'une des marches d'un escalier de bois.

Dans une observation la variété n'est pas notée, dans les deux autres il s'agissait de fractures extracapsulaires. Deux malades furent placées dans une gouttière de Bonnet. Une d'elles quitta le service au bout de cent-cinq jours. La consolidation était complète et elle n'avait qu'un raccourcissement de 15 millimètres (voy. obs. 114, tab. III).

Chez l'autre, la consolidation avait été plus lente, on dut mettre un appareil silicaté après qu'on eut retiré la gouttière de Bonnet ; elle quitta le service avec ce nouvel appareil (obs. 116, tab. III).

Enfin une troisième malade fut traitée pendant six semaines avec l'appareil américain modifié ; elle quitta le service avec un appareil silicaté pour entrer à la Salpêtrière.

Les fractures du corps de l'os occupaient les siéges suivants :

Au-dessous du grand trochanter........................	2
A l'union du tiers supérieur et du tiers moyen..........	1
Vers le milieu de l'os..................................	2
A l'union du tiers moyen et du tiers inférieur..........	1
A quatre travers de doigt environ au-dessus des condyles.	2
A une très-petite distance des condyles................	3
Total.....	11

Dans neuf observations l'obliquité de la fracture a été tellement insignifiante que nous les avons placées toutes avec la désignation de transversales complètes; deux, au contraire, étaient des fractures nettement obliques.

Quatre ont été causées par des chocs directs (une par la chute d'un meuble sur la cuisse, un par celle d'un moellon, une par le passage d'une roue de voiture sur la cuisse, une par le choc du membre contre l'arête d'un trottoir). Les autres ont eu différentes causes agissant à la fois directement et indirectement : chez un malade, c'est une chute en descendant d'omnibus, chez un autre, une chute en courant ; deux sont tombés dans un escalier, un autre, d'une hauteur de 30 pieds; enfin, une dernière, le malade attribuait sa fracture au choc de son porte-monnaie pendant une chute.

Au moment de l'entrée des malades dans le service, on nota une fois l'absence de raccourcissement, cinq fois un raccourcissement notable, sans l'indiquer exactement par la mensuration. Dans un cas, le raccourcissement fut égal à 4 centimètres, dans un autre, à 5; enfin, dans trois observations, il n'est malheureusement pas fait mention de cet important symptôme.

On n'eut affaire que dans un seul cas à une complication : une légère commotion cérébrale. Le malade perdit connaissance au moment de l'accident (chute sous la roue d'une voiture). Il avait un ancien rétrécissement de l'urèthre qui, néanmoins, permettait la miction sans cathétérisme. A partir du moment de l'accident, et probablement sous l'influence de l'ébranlement nerveux qu'il occasionna, la rétention d'urine devint complète. Nous fûmes obligé de placer une sonde à demeure. Au bout de quelques jours survinrent des phénomènes de pyélite. Néanmoins le tout guérit sans difficulté (voy. obs. 127, tab. VI).

Nous avons également rangé dans la colonne des complications une affection à laquelle ce nom ne peut pas s'appliquer. Néanmoins, elle plaçait le malade dans de fort mauvaises conditions pour la consolidation de sa fracture ; c'était une tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale, que le malade

portait depuis l'âge de deux ans; malgré cela la consolidation fut complète et le malade quitta le service au bout de quatre-vingts jours (obs. 125, tab. VI).

La réduction fut maintenue et complétée six fois au moyen de l'appareil américain modifié (voy., pour la description, obs. 117, tab. III).

Plus tard on plaça un appareil silicaté. Dans deux cas nous fîmes usage du double plan incliné; enfin, dans un, nous plaçâmes un appareil de Scultet, et dans un autre un appareil plâtré primitivement.

Chez tous ces malades, sauf un seul, la consolidation a été complète. Celui chez lequel elle ne le fut pas présentait un état général des plus mauvais; il était anémique et très-affaibli; quatre sortirent de l'hôpital en portant un appareil silicaté. On n'a noté de raccourcissement que dans trois cas, et le plus fort n'a pas dépassé 1 centimètre 1/2. La durée du traitement a varié de soixante-quinze à cent vingt-cinq jours.

Voici du reste, un tableau destiné à montrer dans un seul coup d'œil, le temps qu'ont passé dans notre service ces différents malades :

Durée du séjour des malades à l'hôpital à la suite des fractures.	Du col du fémur.	105 jours.	Durée moyenne : 103 jours.
		106 —	
		100 —	
	Du corps du fémur.	78 jours.	Durée moyenne : 97 jours.
		67 —	
		60 —	
		127 —	
		150 —	
		100 —	
		80 —	
		86 —	
		125 —	

Nous avons consigné à dessein le nombre de jours passés à l'hôpital et non le temps nécessaire à la consolidation. Nous avons pu ainsi nous rendre compte de la durée moyenne de l'incapacité de travail occasionnée par une fracture simple du fémur. Encore, cette appréciation est-elle plutôt approximative que rigoureusement exacte. Sans doute, presque tous ces ma-

lades, même ceux qui portaient un appareil silicaté, pouvaient au moment de leur sortie marcher avec le seul secours d'une canne ou d'un bâton, mais tous ne pouvaient pas pour cela reprendre leurs occupations habituelles. Nous ferons également remarquer que nous avons laissé les appareils en place un peu plus longtemps qu'on ne les y laisse ordinairement. Jusqu'ici nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir adopté une telle pratique aussi bien dans les fractures des os de la jambe que dans celles du fémur. Un enlèvement hâtif des appareils expose les malades à de nouvelles fractures du niveau du cal encore fragile. Nous n'avons jamais eu affaire a un tel accident.

TAB. III.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE.	VARIÉTÉS.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
114	Canno (Henriette), 76 ans, couturière.	11 févr. 1874.	3 février. Chute de sa hauteur à la suite d'un faux pas.	Col du fémur gauche.	»	Grand trochanter porté en haut. — Raccourcissement de $0^m,03$ à la mensuration. Pointe du pied portée en dehors.	Douleur violente à racine de la cu au moment de l'a dent. La malade pu se relever. A entrée à l'hôpital, jours après l'accid douleur siégeant s tout au niveau du vers la région del ne. Tout mouven impossible.
115	Valquez (Louise), 66 ans, brodeuse.	7 déc. 1875.	7 décembre. A tombé de sa hauteur. Le grand trochanter a heurté violemment le sol.	Id.	Extra-capsulaire.	Au niveau du grand trochanter, large ecchymose s'étendant surtout sur la face externe. Crépitation manifeste. Raccourcissement de 6 cent. En faisant exécuter au membre de légers mouvements de rotation on remarque que l'arc de cercle décrit par le grand trochanter est manifestement moindre que du côté sain. Déviation prononcée de la pointe du pied en dehors.	La pression prov une très-vive d leur au niveau grand trochanter La malade n'a pu relever au mon de l'accident. De lors, les mouvem sont devenus imp sibles.
116	Demessi (Jeanne), 73 ans, journalière.	28 octob. 1874.	26 octobre. Chute dans un escalier. Le grand trochanter a porté sur l'arête saillante d'une marche.	Col du fémur droit.	Id.	Ecchymose de la région trochantérienne, gonflement peu considérable. — Raccourcissement de 6 centim. — Élévation notable du grand trochanter. Rotation du membre en dehors. — Crépitation manifeste au niveau du foyer de la fracture.	Douleur vive à la p sion ayant son m mum au grand chanter. Mouvem devenus impossi depuis l'accident
117	Masson (Jean), 38 ans, homme de peine.	27 mars 1874.	27 mars. Chute d'une échelle d'une hauteur de 30 pieds.	Fémur gauche. Au-dessous du grand trochanter.	Transversale complète.	Vaste ecchymose au niveau du grand trochanter. Gonflement assez considérable. Crépitation sensible immédiatement au-dessous du trochanter. Raccourcissement de $0^m,05$ centimètres avec rotation de la pointe du pied en dehors.	Douleur vive à la pr sion dans toute tendue de l'ecc mose. Mouvem spontanés impo bles.

	TRAITEMENT		DURÉE		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
	DES COMPLICATIONS.	DE LA FRACTURE.	du traitement,	totale du séjour à l'hôpital.		
e.	»	Réduction facile. La malade est placée dans une gouttière de Bonnet.	95 jours.	105 jours.	La consolidation est complète depuis le 30e jour. La malade marche avec une béquille. Raccourcissement 0,015.	»
	»	Appareil américain modifié appliqué pendant six semaines, à cette époque comme rien n'annonçait une consolidation complète, application d'un appareil silicaté. — Réduction maintenue facilement. (Voy. obs. 117 la description de l'appareil américain).	»	166 jours.	»	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté. En quittant le service la malade entre à la Salpêtrière.
.	»	La malade est placée dans une gouttière de Bonnet pendant cinq jours. — Application d'un appareil silicaté. — Réduction maintenue facilement.	»	100 jours.	Consolidation tardive.	La malade porte encore son appareil au moment de sa sortie.
	»	Appareil Américain modifié. (Large et longue attelle remontant au-dessus de la hanche et descendant à 30 ou 40 centimètres au-dessous du pied formant un angle droit ouvert en dedans, cette attelle est percée, dans sa longueur, de plusieurs trous distancés pour le passage des lacs qui maintiendront le membre sur lequel on peut immédiatement appliquer un appareil à bandelettes. On peut, à l'aide de ce mode de pansement, faire l'extension et la contre-extension. La contre-extension se fait au moyen d'un lacs en caoutchouc, qui prend son point d'appui à la racine de la cuisse et sous le bassin et va s'attacher à l'extrémité supérieure de l'appareil. L'extension se fait par un lacs en caoutchouc qui va passer par un trou de l'extrémité inférieure de l'attelle et dont on peut mesurer la tension au moyen d'une vis.)	70 jours.	78 jours.	Au lever de l'appareil on trouve un cal volumineux et très-solide. Pas de raccourcissement.	En même temps que le fémur le cubitus et le radius étaient fracturés, au même niveau, juste à la moitié de l'avant-bras. Cette fracture fut réduite et maintenue au moyen d'attelles ordinaires en bois, elle guérit sans complications.

Tab. IV.

Nos d'ordre.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE.	VARIÉTÉS.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	 FONCTIONNE
118	Monton (Joseph), 43 ans, charretier.	31 août 1874.	30 août. Chute dans un escalier sur la cuisse au voisinage du grand trochanter.	Fémur gauche immédiatement au-dessous du petit trochanter.	Transversale complète.	Gonflement énorme, convexité vers la racine et la face externe de la cuisse. Large ecchymose au-dessous du grand trochanter. Pied reposant sur son bord externe. Crépitation facile à saisir en plaçant la main sous la cuisse à ce niveau en levant le membre. Raccourcissement notable.	Douleurs tı vives à la ı sion. Imp bilité des r vements s tatanés. Mouveme provoqués pénibles.
119	Durn (Louis), 43 ans, charretier.	28 août 1874.	Chute par terre à la suite d'un faux pas. Choc d'un porte-monnaie contenant de l'argent et se trouvant dans la poche du malade au niveau de la fracture.	F. gauche, union du tiers moyen avec le tiers supérieur.	Id.	Craquement entendu par le malade au moment de la chute. Gonflement considérable de la cuisse. Ecchymose à la partie externe. Rotule regardant en dehors. Pied reposant sur son bord externe. Légère saillie du fragment supérieur en avant ou en dehors. Angle formé par les deux fragments très-ouvert. Peu de raccourcissement.	Impossibilit mouveme volontair Douleur à pression dans les vements voqués.
120	Mar.in (Hyaci.the), 57 ans.	20 février 1874.	Chute dans un escalier. La cuisse a heurté fortement l'arête d'une marche, par sa face antéro-externe.	F. droit, partie moyenne.	Id.	Ecchymose au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Gonflement considérable surtout en avant et au niveau de la fracture. Fragment inférieur saillant en avant, déplacement peu sensible de la rotule. Légère rotation du pied en dedans. Fort raccourcissement, crépitation facile à provoquer.	Impossibil mouven volontai Douleurs vives moindre sion.
121	Plateau (Louis), 39 ans, carrier.	20 mars 1874.	Chute d'un bloc de pierre sur la cuisse.	F. gauche, à sept travers de doigts au-dessus des condyles.	Id.	Gonflement en avant et en dehors. Ecchymose occupant tout le tiers inférieur. Fragment supér. saillant en avant. Raccourcissement du membre, crépitation.	Douleur à la pre Mouveme lontair possibl

	TRAITEMENT		DURÉE		ÉTAT DU MALADE	OBSERVATIONS.
	des COMPLICATIONS	DE LA FRACTURE.	du traitement.	totale du séjour à l'hôpital.	au moment de la sortie.	
e.	Membre placé dans une gouttière en fil métallique et application de compresses résolutives pendant 6 jours.	Appareil américain modifié pendant 55 jours.	55	67 jours.	Au-dessous du trochanter à la partie postérieure de la cuisse, cal volumineux. Raccourcissement = 0m,01.	»
	Compresses résolutives.	Appareil américain modifié appliqué pend. 42 jours, et remplacé par un appareil silicaté.	?	60 jours.	Consolidation complète. Pas de raccourcissement.	Quitte le service avec son appareil silicaté.
	»	Membre placé sur un double plan incliné pendant 60 jours (traitement général reconstituant), au lever de l'appareil pas de consolidation. Appareil silicaté pendant un mois sans résultat. On remet le membre sur un double plan incliné. Deux mois après pas de consolidation. Appareil silicaté jusqu'au 4 novembre sans plus de succès.	?	248 jours.	Pseudarthrose au niveau de la fracture.	Sorti sur sa demande le 4 novembre. Chez ce malade l'état général était mauvais. Il était anémique et très amaigri.
	»	Membre sur un double plan incliné pendant 70 jours. Le 15 juillet on constate la formation d'un cal volumineux et solide. Application d'une bande roulée.	70	127 jours.	Consolidation complète. Raccourcissement =0m,005 environ.	»

TAB. V.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE.	VARIÉTÉS.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIO
122	Petit (Anatole), 28 ans, homme de peine.	8 février 1875.	8 février. Chute sous un meuble qu'il portait.	F. gauche, à 4 travers de doigts au-dessus des condyles.	Transversale complète.	Peu de gonflement. Déplacement latéral interne du fragment inferieur. Mobilité anormale. Crépitation. Pas de raccourcissement ni de déformation angulaire.	Mouvem lontai possib Douleu marqu press pendai mouve imprir memb
123	Quimbel (Jean), 61 ans, cantonnier.	4 janvier 1875.	3 janvier. Chute en descendant d'omnibus.	F. droit, union du tiers moyen avec le tiers inférieur.	Id.	Léger chevauchement du fragment supérieur sur le fragment inférieur. Raccourcissement de 4 centimètres. Pied dévié en dehors, repose sur son bord externe. Rotule regardant en dehors. Ses deux fragments forment un angle à sommet antéro-externe. Crépitation.	Douleur au ni foyer nant intol aux n mouv Impossil mouv volont
124	Dupont (Dominique), 53 ans, débardeur.	31 janv. 1875.	30 janvier. Chute d'un moellon sur la cuisse. Le malade a été renversé et n'a pu se relever.	F. droit à 5 travers de doigts au-dessus des condyles.	Oblique de haut en bas et d'arrière en avant.	Ecchymose large de 2 centimètres environ, transversale, limitée à la face antérieure de la cuisse, au niveau du siége de la fracture. Peu de gonflement. Pas de déformation. Pas de direction anormale du membre. En passant la main sous la cuisse au niveau de l'ecchymose et en essayant de soulever le membre on perçoit très-nettement la crépitation.	Douleur vives mouv provc ayai maxi point l'eccl

	TRAITEMENT		DURÉE		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
	des complications.	DE LA FRACTURE.	du traitement.	totale du séjour à l'hôpital,		
ue.	»	Appareil platré pendant 53 jours, puis appareil silicaté.	?	65 jours.	Consolidation complète.	Sorti de l'hôpital avec son appareil silicaté.
	»	Appareil américain modifié appliqué pendant 14 jours. Appareil plâtré pendant 100 jours. Appareil silicaté.	?	150 jours.	Consolidation complète. Raccourcissement = 0m,01	Porte son appareil silicaté au moment de sa sortie.
	»	Application pendant 10 j. de l'appareil américain modifié. Appareil plâtré ensuite (Sorte de manchon enveloppant tout le membre depuis la malléole jusque sur le bassin, où on avait pris un point d'appui au moyen d'une ceinture platrée afin d'obtenir une immobilité complète). Le malade conserve cet appareil pendant 90 jours.	?	100 jours.	Consolidation complète. Pas de raccourcissement.	Quitte le service portant son appareil silicaté.

TAB. VI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE.	VARIÉTÉS.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTION
125	Gaudron (Marie), 14 ans.	10 juin 1874.	9 juin. Chute de sa hauteur en courant.	F. droit au-dessus des condyles.	Oblique de haut en bas et de dedans en dehors.	Gonflement prononcé, surtout en avant. Ecchymose sur sa face antérieure. Légère saillie du fragment supérieur en avant. Mobilité anormale. Pas de déformation angulaire ni de déplacement du pied.	Douleur l à la pr Impossibi mouvei volontai
126	Vyane (Albert), 33 ans.	1er mai 1874.	30 avril. Chute sur les genoux. Choc coure l'arête d'un trottoir au niveau de la fracture.	Id.	Transversale complète.	Gonflement immédiatement au-dessus des condyles. Épanchement sanguin dans l'articulation du genou. Dépression au-dessus du genou, d'autant plus sensible qu'on élève les jambes plus haut. Crépitation manifeste.	Douleur v à la pı au nive point fr Impuissa membr
127	Boutemps (Jean-Louis), 58 ans, fileur.	8 mai 1874.	Chute sous une petite voiture dont une roue lui a passé sur la cuisse. (A perdu connaissance au moment de l'accident.)	F. gauche au-dessus des condyles.	Id.	Gonflement en dedans. Pied dans la rotation en dehors. Fragment inférieur en dedans, sans avoir quitté tout à fait le fragment supérieur. Angle très-obtus à sommet interne formé par les deux fragments. Ecchymose diffuse de toute la région.	Douleurs portabl press dans l vement prim membr Mouvem lontair possibl Pas de dans l lation non.

COMPLICATIONS.	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT DE LA FRACTURE.	DURÉE du traitement.	DURÉE totale du sjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…nou du … ma- … est le …e d'une …neur …nche, l'en- porte puis … de … ans.	Pas de traitement local de la tumeur blanche. Traitement général reconstituant.	Appareil de Scultet laissé en place pendant vingt-cinq jours, Appareil silicaté pendant trente-neuf jours. Second appareil silicaté pendant 11 jours.	75	80	Consolidation complète. Pas de raccourcissement.	L'état du genou n'a été ni amélioré ni aggravé par la fracture.
…une.	»	Application de l'appareil américain pendant soixante-dix jours. Appareil silicaté pendant 16 jours.	70	86	Cal solide au niveau de la fracture. Raccourcissement 0m,015.	Le malade sort avec un appareil silicaté.
…gère …notion …brale.	»	Même traitement que le malade précédent.	120	125	Consolidation complète. Pas de raccourcissement ni d'ankylose.	Outre sa fracture, ce malade avait une plaie superficielle du pavillon de l'oreille gauche et un rétrécissement uréthral. La plaie fut guérie au bout de 2 jours. La rétention d'urine réclama le placement d'une sonde à demeure. Le 23 juillet, plusieurs frissons; P. = 104. Langue sèche et sale, stupeur. Douleurs vives à la pression au niveau du rein droit. Un peu de pus dans les urines. Enlèvement de la sonde, vomitifs, diète. Le 27, disparition des accidents.

2° JAMBE.

Les dix tableaux qui contiennent les fractures des divers os de la jambe et du pied renferment 47 observations, parmi lesquelles on trouve 23 fractures des deux os de la jambe, 10 du péroné, 8 du tibia, enfin 1 de la troisième phalange du deuxième orteil. Nous passerons d'abord en revue les fractures des deux os, puis celles du péroné, et en dernier lieu celles du tibia.

Les fractures des deux os de la jambe ont succédé quelquefois à un choc direct, mais, le plus souvent, elles ont eu des causes directes et indirectes en même temps.

Huit malades sont tombés par terre de leur hauteur, dont deux pendant le verglas du 1er janvier 1875. Trois fractures se sont produites à la suite de chute dans un escalier.

Dans aucun des trois cas, les malades n'ont pu dire si la jambe avait frappé contre l'arête d'une marche ou un autre corps anguleux.

Trois ont été le résultat de coups de pied donnés sur la jambe ; une d'une chute de la hauteur d'un étage. Chez quatre malades, les fractures ont eu pour cause le choc de corps solides très-lourds contre la jambe. On doit noter qu'une de ces fractures était compliquée de plaie ; que l'autre était oblique, et que le siége de la fracture n'était pas à la même hauteur sur le tibia et le péroné.

Des deux autres fractures compliquées renfermées dans ces tableaux, l'une avait été produite par une chute d'une hauteur très-minime (le malade tomba d'un escalier de bois élevé de 50 centimètres au plus (obs. 145, tab. XI), l'autre par le passage d'une roue de voiture sur la jambe (obs. 147, tab. VI).

Enfin nous trouvons que, des fractures simples restantes, une eut lieu pendant une lutte, et le malade n'a pu dire quelle position il occupait exactement au moment de l'accident ; une dernière pendant une attaque d'épilepsie.

Voici comment on doit classer ces fractures d'après leur direction :

Transversales complètes..........................	10
Obliques au moins pour l'un des deux os.........	6
En V..	1
Total.....	17

Les six autres cas étaient des fractures compliquées. Dans ces 23 observations, on voit que les os ont été rompus 19 fois au même niveau, et 4 fois seulement à des hauteurs différentes.

Les six fractures compliquées ne présentèrent pas toutes la même gravité. Dans l'une d'elles, la complication consista en une simple rougeur érysipélateuse, avec quelques phlyctènes au voisinage du foyer; tout disparut en peu de temps ; il en fut de même d'une contusion. Une autre fracture compliquée de plaie, avec issue du fragment supérieur du tibia, eut également une heureuse terminaison. On fit la résection d'une pointe osseuse longue de 3 centimètres ; puis la fracture fut réduite, et le membre immobilisé dans un appareil plâtré. Au bout de soixante-dix-sept jours, la consolidation était complète, malgré la survenance d'un érysipèle dans le cours du traitement (voy. obs. 130, tab. VII).

Trois autres fractures compliquées furent suivies de mort. Dans l'une d'elles, il y avait des esquilles multiples, un vaste épanchement sanguin et de l'emphysème sous-cutané. Le malade refusa l'amputation, et mourut par suite des progrès de la gangrène (obs. 145, tab. XI).

Un autre mourut de delirium tremens; enfin, chez un troisième, la mort fut le fait d'une syncope. Ce dernier avait eu la jambe écrasée sous une roue de voiture, et au moment de son entrée à l'hôpital, il était extrêmement affaibli par une hémorrhagie antérieure (obs. 150, tab. XII).

Dans toutes les fractures simples, on a immobilisé la jambe aussitôt après l'entrée des malades, puis on traite le gonflement soit par des compresses résolutives, soit par l'élévation du membre. Après la réduction, on a placé le membre sept fois dans un appareil de Scultet et onze fois dans un appareil silicaté. Dans

un cas, on eut recours à l'appareil de Dupuytren pour tourner le pied en dehors.

Aussitôt qu'on a pu le faire sans danger, on a remplacé l'appareil primitif par un appareil silicaté. Dans tous les cas, la consolidation a été complète, sans déformation ni cal vicieux. Six malades ont quitté l'hôpital en portant un appareil silicaté.

Sur les 15 fractures du péroné, 6 occupaient le corps, 9 l'extrémité inférieure. Les 5 fractures du corps avaient été produites par des chocs directs (3 par le choc de la jambe contre l'arête d'un trottoir, 1 par suite d'un coup de pied sur la jambe et 2 par le passage d'une roue de voiture).

Parmi les fractures de l'extrémité inférieure, il y a 6 fractures par arrachement et 3 par divulsion.

On appliqua sept fois un appareil plâtré aussitôt après la disparition du gonflement des parties molles, trois fois un appareil silicaté primitivement, quatre fois un appareil de Scultet, une fois un appareil de Dupuytren (obs. 158, tab. XIII). Tous les malades guérirent sans accident.

Dans 8 traumatismes de la jambe, le tibia fut seul fracturé. 5 fractures occupaient le corps et l'extrémité supérieure de l'os; elles avaient été produites par des chocs directs (coup de pied sur la jambe, chute d'une certaine hauteur sur la jambe fléchie). Les 3 autres étaient des fractures par divulsion de la malléole interne.

On trouva dans quatre cas des complications. Une fracture du corps, produite par un coup de pied donné dans une rixe, était accompagnée d'une plaie assez étroite, mais très-profonde, dans laquelle on sentait le fragment supérieur du tibia. On fit un pansement par occlusion au moyen du collodion, puis on traita la fracture comme les fractures simples, et le malade guérit sans accidents (obs. 173, tab. XVII).

Deux autres fractures du corps de l'os étaient compliquées de contusions. Une de ces dernières, faite dans une chute du troisième étage, n'avait pour complication locale qu'une contusion sans gravité; mais on trouvait d'autres contusions dans la région du poignet, sur le tronc, une plaie de la tempe et de l'oreille;

nous dûmes faire placer le malade sur un matelas d'eau (obs. 109, tab. XV).

Une fracture par divulsion de la malléole interne était accompagnée de luxation du pied en arrière (obs. 170, tab. XVI). Les traitements furent les mêmes que pour les fractures de l'os ou pour celles du péroné. Les malades purent quitter l'hôpital au bout d'un temps variant entre vingt-sept et cinquante-trois jours. Tous guérirent sans déformation, ni raccourcissement.

TAB. VII.

N^os D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS
128	Scharff (Louise), 30 ans, blanchisseuse.	3 mars 1875.	2 mars, chute dans un escalier, la jambe étant pliée sous le bassin.	Jambe gauche à 3 travers de doigt au-dessus des malléoles. Les 2 os au même niveau.	Oblique de bas en haut et de dehors en dedans pour le tibia, transversale pour le péroné	Immédiatement au-dessus des malléoles de la jambe gauche existe une ecchymose. Pas de déformation. Crépitation.	Douleur circons au-dessus des léoles. Impossibilité des vements.
129	Mathieu (Joseph), 43 ans, tailleur de pierres.	11 avril 1875.	10 avril, chute sur le trottoir.	J. gauche. Union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen. Les 2 os au même niveau.	Pour le tibia, oblique d'arrière en avant, et de dedans en dehors pour le péroné.	Gonflement peu considérable qui s'étend depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à la partie moyenne de la jambe. Mobilité anormale. A 5 ou 6 centimètres au-dessus des malléoles, crépitation provoquée en saisissant la jambe d'une main et de l'autre le pied, et en imprimant un mouvement de rotation à la partie inférieure du membre. Pas de déplacement.	Aucune douleur on- tanée. Douleu ro- voquée par la es- sion à 5 ou 6 ti- mètres au-dess des malléoles.
130	Houchard (Catherine) 58 ans, domestique	11 mars 1874.	Le 10 mars tombé de la hauteur d'un étage la jambe étant repliée en dedans.	J. droite. 4 travers de doigt au-dessous du genou, les 2 os au même niveau.	Oblique d'avant en arrière et compliquée de plaie.	Pas de gonflement ni d'ecchymose, pied dans l'extension forcée; la pointe en dehors. Raccourcissement du membre (10 centimètres). Chevauchement du fragment supérieur sur le fragment inférieur qui est porté en arrière. Le premier taillé en bec de flûte aux dépens de sa face interne fait une saillie de 2 cent. à travers la peau. Le péroné est fracturé au même niveau, le fragment supérieur fait aussi saillie en avant.	Douleurs spo uées très-vives ex récé par le moind nou- vement.

PLICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
Aucune.	»	Appareil plâtré avec attelle postérieure recouvrant les 2/3 de la périphérie du membre, remontant au-dessous du genou et embrassant le pied. Compresses résolutives. Premier appareil laissé en place pendant 37 jours, puis appareil silicaté.	37 jours. Appareil plâtré seul.	50 jours.	Consolidation complète.	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.
»	»	Le soir même, attelle plâtrée en arrière de la jambe; par dessus appareil de Scultet. Le tout laissé en place pendant 36 j., puis appareil silicaté.	36 jours. Appareil plâtré seul.	Id.	Id.	Le malade quitte le service avec son appareil silicaté.
transversale ttement tail-, large de 4 ntim. environ. s d'épanchement sanguin. du fragment érieur à travers la peau.	Incision de la peau pour faire la résection du tibia. Résection avec la scie de 3 centim. environ du fragment supérieur.	Réduction. Le membre est placé dans un appareil plâtré avec une fenêtre pour surveiller les complications et laissé en place pendant 68 j., puis remplacé par un autre laissé lui-même en place pendant 59 jours.	77 jours.	131 jours	Consolidation complète au bout de 77 jours; mais à ce moment apparut une nouvelle complication.	La plaie fut cicatrisée au bout de 22 jours et la consolidation était complète, lorsque le 27 mai un érysipèle se montra au niveau de la cicatrice, la malade fut isolée et guérie en 3 semaines. Quand elle quitta le service, elle pouvait marcher avec une canne, et avait un raccourcissement de moins de 1 centimètre.

TAB. VIII.

N^os D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNEL[S]
131	Hardouin (Louise), 50 ans, passementière.	16 févr. 1874.	14 février, chute dans un escalier, de la hauteur de deux marches. — Elle tenait un enfant. Le pied a porté en dehors.	Jambe droite à l'union du tiers moyen au tiers inférieur. Les deux os au même niveau.	Transversale complète.	Ecchymose et gonflement limité au niveau de la fracture à 4 travers de doigt au-dessus et au-dessous. Déformation consistant en une légère courbure à convexité antérieure. Crépitation. Léger déplacement angulaire des fragments.	Douleur vive trè[s] tée, exaspérée pression et le[s] vements prov[oqués]. Impuissance co[mplète] du membre. M[obilité] anormale.
132	Rezoix (Eugène), 43 ans, bijoutier.	23 mars 1874.	Le 22 mars, chute dans un escalier. Le malade n'a pas pu se relever après sa chute.	J. gauche sus-malléolaire. Les deux os au même niveau.	Tibia : oblique en bas et en avant; péroné : transversale.	Gonflement au niveau de la fracture, se continuant en bas avec un épanchement articulaire. — Pied dévié en arrière et en dehors, et formant un angle aigu avec la jambe. Du côté du tibia, la malléole est écartée et rejetée en arrière du fragment supérieur, qui fait saillie sous la peau ; la malléole chevauche sur le fragment supérieur du péroné. — On suit de chaque côté les ligaments articulaires et les tendons des muscles, qui font saillie sous la peau. Crépitation.	Douleurs spo[ntanées] très-vives. To[us] mouvements [volon]taires spontan[és] abolis. Mobili[té] [anor]male.
133	Belliard (Paul), 49 ans, nacrier.	8 juin 1874.	Le 7 juin, le malade a été jeté par terre et a reçu un violent coup de pied au niveau de la malléole externe. Il n'a pu se relever.	J. gauche sus-malléolaire. Les deux os au même niveau.	Transversale complète	Gonflement et épanchement articulaire. — Le pied est fortement tourné en dehors et forme un angle droit avec la jambe. Saillie très-prononcée de la malléole interne. La malléole externe est au contraire presque effacée : à son niveau existe une ecchymose large comme une pièce de 2 francs. Crépitation.	Douleurs très [vives] — Impuissan[ce com]plète du m[embre]. Mobilité anor[male].
134	Jandron (Louis), 45 ans, journalier.	19 août 1874.	Le 18 août, le malade a fait une chute sur le trottoir, est tombé la jambe repliée sous le corps et n'a pu se relever.	J. droite. Les deux os de la jambe au même niveau, à 6 centimètres au-dessus du sommet des malléoles.	Id.	Gonflement et épanchement articulaire. Ecchymose remontant à 4 travers de doigt au-dessus de la fracture. Déformation consistant dans une légère abduction de la pointe du pied ; le talon un peu reporté en haut. Le tendon d'Achille est effacé. Légère saillie du fragment inférieur en avant. Crépitation.	Douleurs vives au niveau de [la] fracture, plus [sensible] au voisinage [de l'ar]ticulation. [Mouve]ments spont[anés im]possibles. [Mo]bilité anormale.

…PLICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
Aucune.	»	Gouttière en plâtre pendant 16 jours, puis appareil silicaté.	16 jours, appareil plâtré seul.	21 jours.	Consolidation incomplète.	La malade a quitté le service sur sa demande, portant un appareil silicaté.
Id.	»	Compresses d'eau blanche pendant 6 jours. Appareil de Dupuytren pour ramener le pied en dedans. Au bout de 60 jours appareil silicaté.	68 jours.	68 jours.	Consolidation parfaite. Le malade marche sans difficulté avec son appareil.	Id.
Id.	»	Compresses d'eau blanche pendant 13 jours. Appareil de Scultet pendant 23 jours, puis appareil silicaté.	57 jours.	47 jours.	Consolidation à peu près complète.	Le malade vient à la consultation 10 jours après son départ, la consolidation était parfaite. On enlève l'appareil silicaté.
Id.	»	Compresses d'eau blanche pendant 5 jours. Réduction facile. Appareil de Scultet laissé 10 jours en place; puis appareil plâtré embrassant les 2 tiers postérieurs de la jambe, depuis le pied jusqu'au-dessus du genou.	49 jours.	54 jours.	Consolidation complète. Marche sans béquilles.	»

TAB. IX.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS
135	Grosges (Pierre), 35 ans, journalier.	11 mars 1875.	10 mars. Est tombé sur un trottoir la jambe repliée en dans et n'a pu se relever.	Jambe droite. 3 travers de doigt au-dessus des malléoles. Les 2 os à la même hauteur.	Transversale complète	Gonflement et épanchement articulaire remontant à 0m,10 au-dessus du siége de la fracture. Le talon est relevé, la pointe du pied portée en bas et un peu en dehors. Pas de déplacement des fragments. Crépitation.	Douleur spontanée niveau de l'arti tion, plus pron au niveau de la ture, exagérée q on provoque des vements volont impossibles. Mobilité anormale
136	Williamme (Jean), 40 ans, journalier.	26 mars 1875.	24 mars, chute d'une grosse pierre sur la jambe, le malade étant debout.	J. gauche à 2 travers de doigt au-dessus des malléoles. Les 2 os au même niveau.	Id.	Gonflement et ecchymose immédiatement au-dessus des malléoles. Pas de déformation. Pas de déplacement. Crépitation,	Douleur limitée au m fracturé.
137	Guérin (Louis), 41 ans, scieur de long.	3 janvier 1875.	1er janvier, chute sur le verglas, la jambe étant dans l'adduction forcée.	J. droite à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Les 2 os au même niveau.	Fracture en V.	Pointe du pied tournée en dehors. Légère tuméfaction avec ecchymose au tiers inférieur de la jambe. Sous la peau une saillie en forme de V formée par le fragment supérieur du tibia. Le fragment inférieur en arrière du supérieur est distant de ce dernier d'un travers de doigt; écartement dû au relèvement du talon par la contraction des muscles jumeaux et soléaire. Fracture du péroné. Léger déplacement du fragment supérieur en arrière. Crépitation manifeste.	Mobilité anormale au niveau du siége de la fracture.
138	Camus (Philogène) 32 ans, tourneur.	13 janvier 1875.	Chute d'un trottoir. Le malade s'est relevé et est retombé.	J. droite. Tibia à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs. Péroné à 3 travers de doigt au-dessus.	Oblique (tibia); transversale (péroné).	Peu de gonflement Large ecchymose en avant du tibia. Le fragment supérieur du tibia est porté en avant et en dedans. Au-dessous, légère dépression. Crépitation du péroné au niveau du point fracturé.	Douleur très-vi au niveau de la fr ure du péroné sur . Douleurs dans le membre pend les 5 ou 6 premiers rs. Le malade n lort pas et mang ent. Puis tous ces mptômes cessen
139	Gay (Claudine), 39 ans, porteuse de pain.	11 févr. 1875.	10 février, a tombé de sa hauteur sur le pavé.	J. droite à 3 travers de doigt des malléoles, le péroné à 0m,04 au-dessus du tibia.	Transversale (tibia); oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant (péroné).	Gonflement très-marqué de la partie inférieure de la jambe droite et de la totalité du pied. Mobilite anormale. Pas de déplacement. Crepitation.	Mouvements de rticulation tibi ar-sienne imposs s. Douleurs très ves s'exagérant à l res-sion, Ces de urs sont surtout li ées à trois trav de doigt enviro au-dessus de l al-léole interne.

[COM]PLICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
Aucune.	»	Réduction et appareil de Scultet pendant 20 jours, puis appareil plâtré composé d'une gouttière embrassant les 2/3 postérieurs de la jambe, comprenant le pied en remontant au-dessus du genou. On la laisse 28 jours en place, puis appareil silicaté.	40 jours, appareil plâtré seul.	53 jours.	Consolidation complète.	Quitte le service avec son appareil silicaté.
Id.	«	Appareil plâtré maintenu en place pendant 34 jours, puis appareil silicaté.	41 jours. Les deux appareils	43 jours.	Id.	»
Id.	«	Réduction le 7 janvier. Quand le gonflement eut disparu on applique un appareil plâtré qui fut maintenu jusqu'au 18 février. Le 18 février, consolidation presque complète; appareil silicaté.	58 jours	59 jours.	Consolidation complète sans déformation.	»
Id.	»	Réduction facile, gouttière plâtrée qui entoure à peu près complètement la jambe.	44 jours.	49 jours.	Id.	Revenu un mois après sa sortie, peut marcher sans béquilles. Pas de raccourcissement.
Id.	»	On place la jambe pendant 4 jours dans un hamac, puis le 15 février, appareil plâtré. Le 1er avril, appareil silicaté.	48 jours.	56 jours.	Id.	»

Tab. X.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
140	Girard (Pierre), 33 ans, briquetier.	24 août 1874.	Chute en luttant. Le malade ne sait pas dans quelle position était la jambe, quand il est tombé. Il n'a pu se relever.	Jambe droite à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen; les deux os au même niveau.	Tibia : oblique en bas et en dehors; péroné : transversale.	Gonflement occupant tout le tiers inférieur de la jambe. La pointe du pied est portée en dedans. Ecchymose au niveau de la fracture. Crépitation. Pas de raccourcissement ni de déformation.	Douleur vive à la sion, surtout a veau de la frac Mouvements sp nés impossible
141	Henry (Raymond), 48 ans, orfèvre.	7 sept. 1874.	Le 6 septembre, coup de talon de botte violemment porté. Le malade est tombé immédiatement et n'a pu se relever.	J. gauche. A 4 travers de doigt au-dessus des malléoles. Les deux os au même niveau.	Transversale complète	Ecchymose circonscrite au niveau de la fracture et rappelant la forme d'un talon de chaussure garni de gros clous. Gonflement peu marqué. Pas de déplacement des fragments, pas de déformation. Crépitation.	Douleurs aux mo tentatives de n ment. Mobilité male. Impui complète du bre. Mouve provoqués trè loureux.
142	Gervoise (Forentin). 40 ans, brocanteur.	28 déc. 1874.	Le 27 décembre, le malade est tombé sur la voie publique, la jambe repliée sous le bassin, dans l'abduction forcée.	J. gauche. Tiers inférieur. Les deux os au même niveau.	Id.	A l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe, gonflement s'étendant jusque sur la face dorsale du pied. Peau violacée dans tout le tiers inférieur. — Crépitation. Pas de déformation ni de déplacement. On sent la solution de continuité par une ligne transversale à peine appréciable entre les deux fragments du tibia. — Talon légèrement remonté.	Douleur et impu du membre.
143	Hurault (Charlotte), 62 ans, journalière.	17 janv. 1875.	Le 31 décembre, chute sur le verglas, la jambe droite fléchie sous le bassin.	J. droite. Extrémité inférieure; les deux os au même niveau.	Id.	La jambe droite présente du gonflement et une ecchymose. Pas de déplacement. Crépitation.	Impossibilité d vements de l droite. Point reux maxim le tiers inf son union deux tiers rieurs.
144	Lenfant (Henri), 23 ans.	3 février 1875.	Le 2 février, chute pendant une attaque d'épilepsie.	J. droite. Immédiatement au-dessus des malléoles. Les deux os au même niveau.	Id.	Crépitation. Pas de déformation. Pas de déplacement des fragments.	Douleur limité t impuissance du

PLICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
Aucune.	»	Résolutifs pendant six jours, puis appareil plâtré embrassant la jambe jusqu'au-desssus du genou au moyen de 3 attelles, 1 postérieure, et 2 latérales, reliées par 3 bandes plâtrées, une au niveau de la fracture, une autre au tiers moyen de la jambe et la dernière au-dessus du genou, et remplacé au bout de 20 jours par l'appareil silicaté.	47 jours.	32 jours.	Marche avec des béquilles.	Ce malade, sorti de l'hôpital avec un appareil silicaté lorsque la consolidation était encore imparfaite, revint dans le service au bout de 18 jours après l'enlèvement de l'appareil silicaté. On vit que la consolidation était complète.
Id.	»	Résolutifs pendant 14 jours, la jambe étant dans une gouttière en fil métallique. Appareil plâtré pendant 22 jours, puis appareil silicaté, enlevé au bout de 17 jours.	39 jours.	40 jours.	Consolidation complète.	»
' janvier, ap-issent autour oint où siége acture quatre ses phlyctè- remplies de sité brunâtre. janvier, elles ident spontaent. Petit vement fé- :. Embarras rique.	Membre placé dans une gouttière métallique formant un plan incliné. Rhum, extrait thébaïque. Ipéca contre l'embarras gastrique.	Le 4 janvier, on place un appareil de Scultet, après avoir constaté la disparition des phénomènes locaux. Appareil silicaté au bout de 40 jours, laissé en place 26 jours.	66 jours.	75 jours.	Le 13 mars, le malade quitte le service. Consolidation complète sans cal apparent.— Faiblesse de la jambe; ne peut marcher sans béquilles.	Malade alcoolique et strumeux. (Cicatrices de tumeurs ganglionnaires du cou).
Aucune.	»	Appareil de Scultet pendant 60 jours. Le 3 mars on enlève l'appareil et l'on constate une consolidation complète. — Appareil silicaté.	62 jours.	110 jours.	La malade quitte le service avec un appareil silicaté. Marche sans béquilles.	»
Id.	»	Compresses résolutives pendant 3 jours, pour faire disparaître le gonflement; puis appareil plâtré.	56 jours.	60	Consolidation complète.	»

TAB. XI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
145	Manday (Georges), 63 ans.	2 mars 1874.	2 mars. Chute de dessus un escabeau de la hauteur de 2 marches, la jambe étant repliée sous le bassin.	Jambe droite. Fractures des 2 os de la jambe siégeant sur le tibia à 9 cent. du sommet de la malléole interne; sur le péroné; à 45 millimètres du sommet de la malléole externe.	Fracture comminutive compliquée de plaie et d'emphysème sous-cutané.	Plaie transversale de 2 centimètres, saignante, à bords déchiquetés. Ecchymose et gonflement. Pied dans la rotation, en dedans, fragment supérieur faisant saillie à travers la plaie. Au fond de la plaie existent plusieurs esquilles libres que l'on retire, dont 2 très-grosses; une de 3 centimètres de long, l'autre de 2 centimètres de large. L'emphysème occupe la face interne et postérieure de la jambe et remonte jusqu'au genou.	Douleur spontanée t[...] vive au niveau d[...] fracture.
146	Dulac (Étienne), 62 ans, marchand de vins.	17 juin 1874.	16 juin. La jambe a été heurtée violemment sur sa face externe par un tonneau de vin.	J. droite. A 4 travers de doigt au-dessus des malléoles; les 2 os au même niveau.	Transversale compliquée de plaie.	Gonflement avec épanchement articulaire. Ecchymose de toute la face dorsale du pied et du tiers inférieur de la jambe. Pas de déformation. Plaie. Crépitation. Les os paraissent seulement fracturés sans esquilles.	Douleurs extrêm[...]nt vives exaspéré[...]ar les mouvement[...]
147	Mégassan (Auguste), 66 ans, garçon maçon.	13 juillet 1874.	Passage d'une roue de lourde voiture sur la jambe.	J. droite. Union du tiers moyen avec le tiers inférieur des 2 os. Les 2 os au même niveau.	Fracas de l'os avec écrasement des parties molles.	Plaie occupant toute la largeur de la face antérieure de la jambe. Broiement des fragments qui font saillie à travers les lèvres de la plaie. Décollement des parties molles au-dessous de la fracture jusqu'au niveau des malléoles. Le pied est froid. Dépression considérable au niveau de la fracture. La jambe est comme tordue en dehors à sa partie inférieure.	Douleurs viole[...]s. Mouvements im[...]sibles.
148	Pagel (Eulalie), 40 ans.	3 août 1874.	Chute d'une caisse sur la jambe, d'avant en arrière, la malade étant debout.	J. gauche. Fracture des 2 os siégeant à 3 travers de doigt au-dessus des malléoles; les 2 os au même niveau.	Oblique de haut en bas et d'arrière en avant pour le tibia; transversale pour le péroné.	Gonflement et ecchymose remontant à 5 centim. au-dessus de la fracture et descendant jusque sur la face dorsale du pied. Ecchymose plus prononcée au niveau de la fracture où l'on voit l'empreinte laissée par le corps vulnérant. Le tibia dont le fragment supérieur est taillé en bec de flûte fait saillie sous la peau. Le talon est relevé. Raccourcissement de 2 centimètres.	Douleurs exasp[...]es par les mouve[...]nts.

…LICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…, esquilles. …nchement …anguin. …physème.	Le malade refuse l'amputation. Incision faite sur la face externe de la jambe pour le libre passage du gaz. L'artère tibiale antérieure est mise à nu en cas d'hémorrhagie. Glace, alcool, quinine. Le lendemain sphacèle de la peau au-dessus de la malléole externe. Angioleucite sur le cou de pied. Beaucoup de gaz s'échappent par la plaie et l'incision ; pus de mauvaise odeur. P. = 110. Hémorrhagie. Forcipressure. Depuis ce moment les hémorrhagies se répétèrent, puis survinrent la gangrène, l'amaigrissement, le délire et le coma ; le malade mourut 13 jours après l'accident.	Réduction des fragments ; le pied est ramené dans une direction normale, et la jambe placée dans une gouttière en fil métallique est immobilisée.	»	»	Mort le 15 mars.	Autopsie. Gangrène des parties molles jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus du genou. Au niveau de la fracture, véritable sac plein de débris d'os. La fracture du tibia était à 3 travers de doigt au-dessus de la malléole, le fragment supérieur avait pénétré à la manière d'un coin dans le fragment inférieur. La surface articulaire était maintenue en place par les ligaments. Le péroné était fracturé obliquement tout près de son extrémité inférieure (15 millimètres au-dessus de l'articulation péronéo - tibiale inférieure). Pas d'abcès métatastiques dans les viscères.
…ontuse de 3 c. …mmuniquant avec la frac- …t située sur la postéro-ex- …. Décollement …peau dans une …ne de 0m,05 …r de la plaie.	Compresses imbibées d'eau blanche.	Jambe placée dans une gouttière de laiton.	»	»	Mort le 1er juillet.	Le malade était fortement alcoolique. Delirium tremens contre lequel une forte dose d'opium et d'eau-de-vie fut sans succès.
… contuse, à …déchiquetés …les lambeaux …au meurtrie. …rhagie abon- … avant son …e à l'hôpital … amené un …l'anémie très …oncé.	Fer et quinquina à l'intérieur. Alcool à haute dose.	Amputation de la jambe au-dessous du genou. Pas de nouvelle hémorrhagie. Hémostase préventive par la bande d'Esmark. Forcipressure pendant l'opération.	»	»	Mort par syncope le 17 juillet, quoique depuis son entrée il n'y ait pas eu de nouvelles hémorrhagies.	»
…contuse de la …ur d'une piè- … 2 francs. …d'hémorrha-	Compresses d'eau blanche pendant 2 jours. Immobilisation dans une gouttière métallique.	Le 6 août, appareil de Scultet après avoir réduit la fracture. Le 15 août, appareil plâtré avec 2 attelles latérales et une postérieure, embrassant le pied et remontant au-dessus du genou.	48 jours.	16 jours.	»	Le malade ayant instamment réclamé son exeat fut transporté chez lui sur un brancard avec son appareil plâtré appliqué depuis 10 j. Depuis lors, un élève du service le vit régulièrement tous les 3 ou 4 jours. Au bout de 35 j. celui-ci ayant constaté que la consolidation, sans être complète, était très avancée ; remplaça l'appareil plâtré par un appareil silicaté. Ce dernier fut enlevé au bout de 48 j. et l'on vit que la consolidation était complète. Il n'y avait pas de raccourcissement.

TAB. XII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
149	Cavoit (Auguste), 29 ans, maréchal-ferrant.	2 janvier 1875.	1er janvier. A reçu sur la jambe droite un coup de pied de cheval dirigé de dehors en dedans et d'avant en arrière.	Jambe droite. A l'union du 1/3 inférieur et les 2/3 supérieurs des deux os de la jambe droite. Péroné fracturé à 1 centim. environ au-dessous du tibia.	Oblique de haut en bas et de dehors en dedans.	Jambe fortement tuméfiée, mais le gonflement n'atteint pas tout à fait en bas l'articulation tibio-tarsienne et s'arrête en haut au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Peau tendue et luisante. Ecchymose limitée au point fracturé et noirâtre à la partie antérieure de la jambe. — En passant l'extrémité des doigts le long du tibia, on arrive avec peine à découvrir une légère saillie du fragment supérieur du tibia sur le fragment inférieur. Cette saillie paraît obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. — Du côté du péroné pas de déplacement, mais si on porte la pointe du pied en dehors on détermine de la crépitation au niveau des deux fractures.	Douleur ayant maximum d'inte[...] au niveau du [...] fracturé. Pendant 10 jours [...] leurs spontanées [...] sez vives pour [...] voquer l'insomn[...]
150	Bonivin (Étienne), 29 ans, boutonnier.	22 février 1875.	21 février. Chute sur un banc, la jambe ayant porté à faux.	J. droite à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs. Les 2 os au même niveau.	Oblique de haut en bas et d'arrière en avant pour les 2 os.	Extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia taillé en bec de flûte et faisant saillie entre les lèvres d'une petite plaie. Fracture du péroné au même niveau. Raccourcissement de 3 centimètres. Le talon est relevé.	Impossibilité des [...] ments du mem[...]. Douleurs vives a[u ni]veau de la frac[ture].
151	Morin (Alphonse), 33 ans, garçon de magasin.	1er février 1874.	31 janvier. Faux pas. Choc du péroné contre le bord du trottoir.	Péroné droit à 0m,04 au-dessus du sommet de la malléole.	Fracture par choc direct.	Ecchymose peu étendue au niveau du point fracturé. Crépitation au même point. Pas de gonflement.	Douleur limit[...]
152	Bontemps (Jean), gardien de la paix.	1er mai 1874.	29 avril. Coup de pied sur la jambe, suivi de douleur et de chute sur le trottoir.	P. gauche, union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen.	Id.	Légère ecchymose au niveau de l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du péroné. Tuméfaction considérable des parties molles. Pas de déplacement.	Douleur peu limi[tée] sur toute la face e[xte]rne de la jambe. Mouvements per[...]s.
153	Coulin (Vincent), 56 ans, commissionnaire.	10 août 1874.	Chute et choc de la jambe contre le bord d'un trottoir. Le malade a pu marcher un peu après l'accident.	Id.	Id.	Gonflement considérable. Ecchymose à 0m 06 du sommet de la malléole. Mobilité anormale. Crépitation. Pas de déplacement.	Douleur au tier[s in]férieur du pér[oné]

…LICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…contusion …a jambe.	Jambe placée dans une gouttière métallique. Pendant 6 jours, application de compresses résolutives.	Appareil plâtré resté en place pendant 40 jours. Appareil silicaté au moment du départ.	40 jours.	46 jours.	Consolidation complète.	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.
…plaie située …nion du 1/3 …ieur avec …2/3 supé…rs de la …e.	Pansement par occlusion de la plaie avec un peu d'onate collodionnée.	Réduction immédiate et appareil plâtré laissé en place pendant 22 jours. Appareil silicaté le 24e jour.	70 jours.	75 jours.	Consolidation complète. Légère saillie au niveau du fragment supérieur. Raccourcissement de 1 centimètre.	»
…ucune.	»	Gouttière en fil métallique jusqu'au 12 février. Le 14 février appareil de Scultet. Le 5 mars, appareil silicaté.	19 jours.	35 jours.	Consolidation complète.	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.
…ion au se… degré dis…lant les si…s de la frac…	On élève la jambe dans un hamac.	Le 12 mai on constate une fracture du péroné, on laisse la jambe dans le hamac. Le 25 mai, appareil plâtré.	22 jours.	34 jours.	Id.	»
…ucune.	»	Jambe placée dans une gouttière pendant 5 j. avec compresses résolutives. Appareil plâtré, puis appareil silicaté.	28 jours.	33 jours.	Id.	»

Tab. XIII.

N°s D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS.
154	Lefèvre (Charles), 62 ans, commissionnaire.	31 août 1874.	30 août. A été renversé par un fiacre, dont la roue lui a passé sur la jambe droite, à 7 ou 8 centimètres au-dessus des malléoles.	Péroné droit, à 8 centimètres au-dessus du sommet de la malléole.	Fracture par choc direct.	Gonflement considérable. Ecchymose dirigée de haut en bas, d'arrière en avant, dans la direction qu'a suivie la roue. Crépitation à 8 centimètres au-dessus de la malléole externe et mobilité anormale au même point.	Douleur surtout lim à la partie exter 8 centimètres dessus de la mall externe. Dans la qui suivit son en le malade épr 2 ou 3 soubres dans la jambe.
155	Hobb (Antoine), 61 ans, tonnelier.	13 janvier 1875.	10 janvier, chute dans laquelle le péroné a porté contre le bord d'un trottoir. A pu se relever et faire une quarantaine de pas, mais a dû s'arrêter ensuite par la violence des douleurs	P. gauche. Union du tiers inférieur au tiers moyen.	Id.	Gonflement s'étendant du cou-de-pied jusqu'à la partie moyenne de la jambe gauche. Légère ecchymose à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe. Pas de déplacement. Crépitation au niveau de l'ecchymose, perçue en portant le pied en dehors.	Douleur limitée à 6 timètres environ dessus du somm la malléole ext Déviation du pi dehors. — Pe une dizaine de le malade ne pas et éprouve douleurs contin dans toute la ja
156	Choppart (Armand), 41 ans, garçon marchand de vin.	24 février 1875.	Le 24 février, a eu la jambe prise entre les brancards de sa voiture et le trottoir.	P. gauche, à 8 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe.	Id.	Peu de gonflement. — Pas de déplacement ni d'inflammation. Crépitation facilement perçue. Mobilité anormale. Légère ecchymose sur le point fracturé, au niveau du foyer de la fracture.	Douleurs très-viv niveau de l'ec mose.
157	Thurion (Victor), 32 ans, tourneur sur métaux.	18 avril 1874.	Le 17 avril, chute dans un escalier, la jambe fléchie et la pointe du pied fortement tournée en dedans.	P. gauche, 5 centimètres au-dessus du sommet de la malléole.	Fracture par arrachement.	Le malade entendit un bruit de craquement dans le voisinage de l'articulation au moment de la chute. Gonflement de toute la jambe. Pied porté en dedans. Mobilité. Un peu de crépitation. Ecchymose limitée au point fracturé.	Douleur limitée s- vive. Perte du u- vement de l'art la tion tibio-tarsi ıe.
158	Mellier (Charles), 26 ans.	25 mai 1874.	Chute, le pied gauche dans l'abduction.	P. droit, à 3 centimètres au-dessus du sommet de la malléole.	Id.	Pas de déformation. Très-peu de crépitation. Ecchymose à la base de la malléole externe. Mobilité anormale. Face dorsale du pied regardant en dehors. Bord interne du pied relevé.	Douleur limitée la base de la m ol externe.
159	Doré (Louis), 36 ans, charretier.	18 décembre 1874.	Le 17 décembre, chute sur la neige. Rotation violente de la pointe du pied en dedans.	P. droit, à 3 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe,	Id.	Ecchymose siégeant à 2 travers de doigt au-dessus de la malléole externe. Gonflement assez considérable au même niveau. Pas de déplacement ni déformation. Crépitation. Mobilité anormale. (S'obtiennent en inclinant successivement le pied en dehors et en dedans, le pouce maintenant la malléole externe.)	Tous les mouv nts du pied impos es. Douleur limi au point où siég ec- chymose.

...ICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
...on, avec ...gère éro- ... la peau.	»	Jambe dans une gouttière pendant 14 jours. En même temps, application de compresses résolutives. Appareil silicaté.	9 jours.	19 jours.	Consolidation complète.	Le malade quitta le service sur sa demande avec son appareil.
...cune.	»	Pendant 3 jours, jambe dans une gouttière avec compresses résolutives, puis appareil plâtré. 3 jours avant son départ, appareil silicaté.	37 jours.	40 jours.	Id.	»
Id.	»	Appareil plâtré. (Les premiers jours qui suivent l'application de cet appareil, fourmillements incommodes.)	32 jours.	32 jours.	Id.	Malade alcoolique. Sommeil très-agité pendant trois jours ; quitte le service avec un appareil silicaté. Marche possible sans béquilles.
Id.	»	Appareil de Scultet. Le 31 mai, appareil silicaté.	43 jours.	59 jours.	Id.	Quitte le service avec un appareil silicaté.
Id.	»	Appareil de Dupuytren. (Coussin de 80 centimètres jusqu'à la base de la malléole interne. Attelle le dépassant de 6 cent. Bande destinée à relever le bord externe du pied fixé au sommet de l'attelle laissée en place 15 jours.	38 jours	40 jours.	Id,	»
Id.	»	Jambe dans une gouttière en fil de fer jusqu'à la disparition du gonflement (6 jours). Appareil plâtré enlevé au bout de 41 jours. Appareil silicaté.	41 jours.	64 jours.	A la levée de l'appareil plâtre, consolidation parfaite ; cal solide à peine saillant.	Quitte le service avec un appareil silicaté.

TAB. XIV.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNELS
160	David (Alphonse), 51 ans, charbonnier.	22 mars 1875.	Le 22 mars, chute de sa hauteur. Pointe du pied retenue par un obstacle.	Péroné gauche, à 2 centimètres du sommet de la malléole externe.	Fracture par arrachement.	Gonflement et ecchymose au foyer de la fracture. Crépitation. — Pas de déformation.	Douleur limitée
161	Thuillier (Léon), 49 ans, cordier.	12 mars 1875.	Le 12 mars, chute pendant une attaque d'épilepsie.	Id.	Id.	Tuméfaction au-dessus de la malléole externe du pied gauche. Pas de déformation. Mobilité anormale et crépitation à 2 travers de doigt au-dessus de la malléole.	Douleur locale s accentuée, sur la pression. M ments de l'art tion tibio-tars libres.
162	Lance (Michel), 28 ans, brancardier	13 avril 1875.	Le 13 avril, rotation de la pointe du pied en dehors dans un escalier.	Id.	Id.	Pas de tuméfaction, pas de déplacement. Mobilité anormale et crépitation au-dessus de la malléole externe. Pas d'ecchymose.	Douleur très-l au niveau de l ture.
163	Peignet (Marie), 78 ans.	11 mai 1874.	Le 11 mai. Faux pas sur le bord d'un trottoir. Le pied a glissé en dehors.	P. gauche, à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe.	Fracture par divulsion	Gonflement assez considérable, siégeant à la partie inférieure de la jambe. Ecchymose étendue. Pointe du pied déviée en dehors. Malléole interne saillante sous la peau. Dépression au-dessus du sommet de la malléole externe (coup de hache)	Douleurs dans tiers inférieur jambe.
164	Dubois (Edouard), 40 ans, peintre.	15 juin 1874.	Le 14 juin. Chute dans un escalier, la jambe gauche fléchie sous le bassin et la pointe du pied portée fortement en dehors.	P. gauche à la base de la malléole	Id.	Gonflement énorme autour de l'articulation, surtout à la partie externe. La tuméfaction s'étend sur la jambe à une certaine hauteur. Dépression transversale au-dessus de la malléole (coup de hache). En imprimant au pied des mouvements forcés d'adduction, la jambe étant maintenue dans l'immobilité, on reconnaît une mobilité anormale de la partie inférieure du péroné.	Douleur assez niveau, éten toute la léol externe.
165	Cras (Antoine), 42 ans, charretier.	7 octobre 1874.	Le 7 octobre. Chute par terre, par suite d'un croc-en-jambe, le pied se trouva dans une dépression du sol, tourné en dehors, la face dorsale regardant en dedans.	P. gauche, à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole.	Id.	Large ecchymose à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole. Mobilité anormale. Légère crépitation. Gonflement considérable. Déplacement non appréciable à cause du gonflement. Plus tard, on vit une légère saillie en avant du fragment supérieur.	Douleur vive ou centimètres -des sus du bord re d la malléole terne

…CATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…une.	»	Appareil silicaté.	19 jours.	19 jours.	Consolidation complète.	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.
…l.	»	Eau blanche pendant 4 jours. Appareil silicaté le 16 mars.	25 jours.	29 jours.	Id.	»
…l.	»	Appareil plâtré une heure après l'accident.	20 jours. (Appareil plâtré seul.)	25 jours.	Id.	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté et marche avec des béquilles.
…l.	»	Appareil de Scultet. — Le 8 juin, appareil silicaté.	28 jours.	30 jours.	Bien que la consolidation fût complète au moment de la levée de l'appareil, le malade ne peut marcher qu'avec des béquilles.	Le malade quitte le service sur sa demande.
…d.	»	Jambe placée dans une gouttière en attendant la disparition du gonflement (pendant sept jours). — Appareil de Scultet, laissé en place pendant 26 jours.	26 jours.	40 jours.	Consolidation complète au moment où on lève l'appareil de Scultet.	Le malade quitte le service avec son appareil silicaté et peut marcher sans béquilles.
…Id.	»	Membre placé pendant 10 jours dans une gouttière, avec compresses résolutives. Appareil plâtré, puis appareil silicaté, qui permet au malade de prendre quelque exercice.	40 jours.	45 jours.	Consolidation complète	»

Tab. XV.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES	
						PHYSIQUES.	FONCTIONNELS
166	Vaquier (Gaston), 15 ans.	25 octobre 1874.	24 octobre, chute sur le bord d'un trottoir, la jambe fléchie.	Tibia gauche, union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur.	Fracture transversale.	Léger gonflement au tiers inférieur du tibia. Pas de déformation. Crépitation légère et difficile à percevoir à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Cette sensation de crépitation semble ne pas s'étendre à toute l'épaisseur du tibia. Pas de déplacement.	Douleur très-viv[...] pression au n[...] du tiers inférie[...] tibia. Les m[...] ments de laté[...] (de droite à ga[...] sont intégral[...] conservés qua[...] jambe repose [...] lit; mais le n[...] ne soulève sa [...] qu'avec de vive[...] leurs.
167	Bidot (Sylvestre), 47 ans, maçon.	19 mai 1874.	19 mai. Le malade se trouvait sur une échelle à la hauteur d'un 1er étage, quand il tomba sur le sol debout sur les pieds, l'échelon s'était brisé.	T. droit, union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen.	?	?	Douleur très-v[...] localisée au n[...] de l'accident.
168	Brunet (Jean), marchand de charbon.	15 juin 1874.	14 juin. Le malade se trouvant debout reçut un coup de pied. Il entendit un craquement et ne put se relever.	T. gauche, vers la moitié.	F. transversale complète	Gonflement et rougeur de la partie inférieure de la jambe. Œdème périarticulaire. Crépitation légère et peu sensible. Pas de déplacement. Ecchymose assez bien limitée au point où siége la crépitation.	Point douloure[...] bie[...] limité à 6 cen[...] dessus du so[...] et la malléole i[...]
169	Puiné (Pierre), 44 ans, couvreur.	8 juillet 1874.	8 juillet. Chute de la hauteur d'un 3e étage sur le pavé d'une cour.	T. gauche, extrémité supérieure au-dessus de la tête du péroné.	Id.	Contusions multiples. Tuméfaction considérable de la jambe gauche. Erosions très-légères de la peau. Pas de déplacement. Un peu de mobilité anormale. Crépitation localisée. Large ecchymose au même point. Pas de phénomènes généraux inquiétants.	Impossibilité [...] mo[...]vements spo[n]tanés [...] la jambe. [...] mouvement[s] pro[vo]qués sont d[iff]iciles très-doulou[reu]x. Pression sur [...] tib[ia] douloureus[e a]u-dessus de la t[ête] du péroné. P = 1[...]

CATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…rme.	»	Appareil plâtré.	21 jours.	27 jours.	Consolidation complète.	»
…l.	»	Appareil de Scultet, puis appareil silicaté.	28 jours.	39 jours.	Id.	Ce malade à son entrée dans le service avait la jambe dans un appareil de Scultet placé par un médecin de la ville; il quitte le service avec son appareil silicaté.
… avec éro-… la peau …ne éten-… 2 centim. …environ.	»	Jambe placée dans une gouttière en fil de fer. Quand l'œdème a disparu, on l'immobilise et on place un appareil silicaté.	33 jours.	35 jours.	Id.	»
… simple.	Jambe placée dans un hamac pendant 10 jours. Pansement simple pour les plaies de la tête. Appareil ouaté aux 2 bras. Ce malade est placé sur un matelas d'eau.	Appareil de Scultet.	42 jours.	52 jours.	Consolidation. Guérison.	A son entrée le malade avait une forte contusion du poignet gauche sans fracture ni luxation, et deux plaies superficielles de la région temporale et de l'oreille du même côté. Au bout de 10 jours le gonflement et la douleur des bras avaient en grande partie disparu. Le 15e jour l'ecchymose palpébrale et les plaies de la tête étaient guéries.

TAB. XVI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la fracture.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES	SYMPTOMES FONCTIONNE[LS]
170	Gerbeau (Louis), 49 ans.	9 octobre 1874.	7 octobre. Chute de sa hauteur, le pied droit tourné en dedans.	Malléole interne droite.	Fracture par divulsion	Effacement de la malléole interne. Le bord interne du pied est relevé en haut et en dedans. La malléole forme avec le tibia un angle rentrant. Crépitation facile à percevoir en imprimant des mouvements à l'articulation. Le pied est porté en arrière. Calcanéum plus saillant et plus relevé que celui du côté opposé; le tendon d'Achille est fortement tendu. Avant-pied manifestement raccourci, saillie en avant des os de la jambe. Epanchement considérable dans l'articulation tibio-tarsienne. (Cet épanchement disparut au bout de 10 jours). Rien du côté de la malléole externe.	Position anorm[ale du] pied; pour ai[nsi dire] mixte, tena[nt à la] fois de la fra[cture et] de la luxatio[n]. Mouvements s[pontanés] impossibles, [mouve]ments provo[qués très] douloureux. Le point maxi[mum de] la douleur si[ège im]médiatement [au-des]sus de la ma[lléole].
171	Pepin (Etienne), 44 ans, serrurier.	27 janvier 1875.	24 janvier. Faux pas dans un escalier le pied s'étant porté en dedans.	Base de la malléole interne droite.	id.	La face externe du pied droit est le siége d'un gonflement qui s'arrête en arrière au tendon d'Achille et qui remonte un peu en avant sur la face dorsale. Légère saillie du fragment supérieur à 3 centim. au-dessus du sommet de la malléole. Ecchymose bien limitée au niveau de la fracture. Par un mouvement forcé d'abduction on produit la crépitation.	Douleur ci[rconscrite] augmentan[t par la pres]sion, limit[ée au ni]veau de la [malléole] interne à [... centi]1/2 enviro[n du som]met.
172	Nicolas (Paul), 28 ans, employé de commerce.	30 avril 1875.	29 avril. Chute d'un arbre, le pied se trouvant renversé en dedans	Base de la malléole interne gauche.	id.	Un médecin qui a été appelé sur le champ ayant constaté une fracture a mis un premier appareil qu'on ne retire que 2 jours après. On trouve alors un léger gonflement du pied. On obtient de la crépitation. Pas de déplacement. Légère echymose sur le siége de la fracture, 25 millim. au-dessus du sommet de la malléole interne.	Douleur pa[r...]teme[nt] limit[ée].

…ICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…u du pied …rière (sous …ience pro- d'une con- …on muscu- excessive).	Le 18 octobre, réduction de la luxation.	Application d'un appareil plâtré. Puis appareil silicaté.	21 jours. (Appareil plâtré seulement.)	36 jours.	Consolidation complète au moment où l'on enlève l'appareil plâtré.	Le malade quitte le service avec l'appareil silicaté et peut marcher sans béquilles.
…enne.	»	Réduction facile. Appareil plâtré, puis l'appareil silicaté.	34 jours. (Appareil plâtré seulement.)	35 jours.	Consolidation complète, sans déformation.	Quitte le service avec son appareil silicaté.
Id.	»	Appareil plâtré pendant 13 jours, puis appareil silicaté.	33 jours.	36 jours.	Consolidation complète.	»

TAB. XVII.

N^{os} D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la guérison.	SIÉGE de LA FRACTURE.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIONNEI
173	Demé (François), journalier.	4 janvier 1875, 3 heures après l'accident.	4 janvier. A reçu un coup de pied dans une lutte. Il est tombé et n'a pu se relever.	Tibia droit, union avec la partie moyenne.	Fracture par choc direct, oblique et compliquée de plaie.	Gonflement considérable de toute la jambe. On sent le fragment supérieur du tibia à 8 centim. du sommet de la malléole faisant saillie en avant et terminée par une pointe. Au-dessous de cette saillie on remarque une dépression. Œdème périarticulaire. Ecchymose de la largeur d'une pièce de 5 fr. au pourtour de la plaie.	Pas de fièvre. A assez bon. D vives dans t membre.
174	Payen (Louis), 17 ans, vernisseur.	14 février.	13 février. A reçu à bout portant sur le pied nu la détonation d'un pistolet de poche chargé à poudre. La bourre a fait une plaie.	Pied gauche, partie moyenne de la 1re phalange du second orteil.	Oblique de haut en bas et d'avant en arrière et compliquée de plaie.	Plaie irrégulière à bord déchiquetés et noirâtres. On retire quelques fragments de papier qui avaient servi à bourrer l'arme, siégeant à la racine du second orteil du côté de sa face plantaire. L'angle du fragment inférieur mousse fait saillie au fond de la plaie	»

…LICATIONS	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la FRACTURE.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS,
…étroite au …de laquelle …ent le frag… …supérieur …tuée sur la …interne du …à 9 centim. …dessus du …net de la …éole interne. …n écoule de …rosité san…olente.	Pansement par occlusion (collodion).	Réduction facile. On place une attelle en arrière de la jambe. — 4 jours plus tard application d'un appareil plâtré avec fenêtre sur la plaie. Au bout de 13 jours nouvel appareil plâtré, le premier n'immobilisant plus complétement la jambe par suite de la disparition du gonflement. Cet appareil reste en place jusqu'au 1er avril et est alors remplacé par un appareil silicaté ordinaire.	22 jours.	90 jours.	Le malade ne ressent autre chose que de la faiblesse. La consolidation était complète au moment de l'enlèvement du 1er appareil. Pas de raccourcissement.	»
…rhagie arrê… facilement …'application …e pince hé…atique lais… à demeure …ant 8 h.	«	Chute par sphacèle des deux dernières phalanges. Nécrose du fragment inférieur de la première. On resèque l'extrémité anguleuse du fragment supérieur. Puis pansement simple.	»	41 jours.	Guérison le 27 mars.	»

§ II

INFLAMMATIONS.

A. — Périostites et ostéites.

Les cinq observations relatives à des périostites ou à des ostéites localisées avaient toutes pour sujet des individus antérieurement débilités. La scrofule a été notée dans quatre cas. Dans l'un d'eux, il y avait en outre des antécédents hygiéniques déplorables : la malade avait une mauvaise alimentation ; elle était surmenée au moment même où apparut la tumeur ; elle était convalescente d'une fièvre palustre (obs. 176, tab. XVIII).

Dans un seul cas, on n'a noté ni scrofule, ni syphilis. Toutes les observations ont pour sujets des adultes ou des jeunes gens. Le début fut insidieux dans tous les cas, sauf un seul. Les malades ressentirent une douleur peu intense d'abord, puis survint une tumeur qui augmenta graduellement de volume.

Chez le jeune malade de l'observation 177 (tab. XVIII), la marche de la maladie fut entièrement différente ; à la suite d'un traumatisme apparurent des douleurs très-vives, suivies d'une tuméfaction mal limitée du membre. A son entrée dans le service, ces symptômes persistaient avec la même intensité ; et si le début de la maladie n'eût pas remonté à plus d'un mois, et s'il y eût eu de la fièvre, on eût pu croire facilement à une périostite phlegmoneuse diffuse.

Il est bon de noter qu'il y avait chez ce malade un état général qui était exceptionnellement mauvais ; il avait des tumeurs ganglionnaires multiples au cou et à l'aine, une ankylose du coude droit consécutive à une tumeur blanche ; malgré cela, la maladie se termina par résolution sous la seule influence du repos, d'applications de cataplasmes et de frictions à l'onguent mercuriel.

Au moment de l'entrée, tous les malades étaient débilités et amaigris. Chez l'un d'eux, on trouva des phénomènes sthé-

thoscopiques suspects aux sommets des deux poumons (obs. 180, tab. XIX).

Les os intéressés furent le fémur (grand trochanter), le tibia (partie moyenne), le sacrum et la clavicule.

Le traitement fut le même dans tous les cas (immobilisation du membre, drainage des abcès, cataplasmes, fer et quinquina à l'intérieur). Chez quatre malades, la suppuration se tarit, et il ne resta pas de trajets fistuleux. Le cinquième, au contraire, sortit avec une fistule, par laquelle on pouvait constater avec le stylet la dénudation d'une partie de la clavicule.

TAB. XVIII.

N°s D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de l'entrée à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE.		ÉTAT DU MALADE au moment de l'entrée.	
				ÉPOQUE	MODE	LOCAL	GÉNÉRAL
175	Muron (Grégoire), 25 ans, maréchal.	5 avril 1875.	Scrofule. (Conjonctivites et kératites pendant l'enfance. Affections multiples du cuir chevelu.	Novembre 1874.	Petite tumeur indolente qui apparut sans cause connue et grossit rapidement, puis produisit des douleurs peu vives. Ponction il y a deux mois. Sortie d'un liquide séro-purulent.	Tumeur diffuse sous-cutanée et sensiblement fluctuante, indolente siégeant juste au-dessus du grand trochanter gauche. La peau a conservé son aspect, sa consistance et sa température normale. Avec le stylet, on trouve que la collection est en rapport avec le périoste qui paraît épaissi sur ses bords. L'os lui-même est augmenté de volume et très-dur. Il ne semble dénudé en aucun point. L'abcès est nettement limité.	Assez mauva[is] Malade pâ[le] amaigri, lé[gè]rement a[né]mique.
176	Bouet (Joséphine), 32 ans, mécanicienne.	13 mars 1874.	Scrofule. Nie tout antécédent syphilitique. Mauvaise alimentation. Surmenage. Il y a 7 mois, fièvre intermittente.	Il y a sept mois.	A la suite d'une fièvre intermittente. La malade sentit des douleurs vers le milieu du tibia droit. Gonflement de cette région. On lui fit prendre sans résultat de l'iodure de potassium. La tumeur grossit rapidement. Dès le début, elle était molle et fluctuante.	Sur la face interne du tibia droit, à la partie moyenne, petite tumeur du volume d'une pomme d'api, fluctuante, très-douloureuse à la pression. Peau normale.	Amaigrissem[ent] Débilité.
177	Dignez (Albert), 17 ans.	5 avril 1875.	Scrofule. Ankylose du coude droit. Avant-bras fléchi à angle droit sur le bras. (Tumeurs ganglionnaires multiples, cou, aine.)	Février 1875.	Phénomènes inflammatoires intenses apparus à la suite d'un coup de pied appliqué sur le tibia gauche.	Au niveau de l'union des tiers moyen et supérieur du tibia gauche, gonflement mal circonscrit, avec douleur sur le trajet de l'os à la même hauteur. Peau rouge chaude, infiltrée, adhérente aux parties profondes. Douleurs très-vives à la pression. Empâtement de la région. Marche presque impossible, à cause des douleurs.	Garçon ch[étif] paraiss[ant] avoir tou[t au] plus 13 [ans]. Adénopat[hie] cervicale. [Pas] de fièvre. [Assez] petit bon[…]

GNOSTIC.	TRAITEMENT LOCAL	TRAITEMENT GÉNÉRAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. LOCAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. GÉNÉRAL	DATE de la sortie.	OBSERVATIONS.
stite suppurée du grand trochanter gauche, ostéite condensante voisinage.	Cataplasmes. Drainage. Immobilisation du membre dans une gouttière en fil métallique.	Fer et quinquina.	Guérison de l'abcès.	Satisfaisant	21 mars 1875.	»
stite localisée du tibia droit.	Ponctions et contre-ponctions pour le passage d'un drain à demeure. Il s'écoule un liquide épais, purulent, visqueux, présentant l'aspect du liquide qu'on retire des gommes syphilitiques. Immobilisation du membre.	Id.	Guérison.	Id.	27 mars 1874.	»
stite aiguë calisée du tibia gauche.	Cataplasmes au début; les douleurs persistent pendant cinq jours. Onguent mercuriel. Immobilisation du membre.	Id.	Guérison sans suppuration.	Bon.	1er mai 1875.	»

TAB. XIX.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE.		ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE L'ENTRÉE.	
				ÉPOQUE.	MODE.	LOCAL.	GÉNÉ[RAL]
178	Boussuge (Victor), peintre, 31 ans.	6 janvier 1874.	Pas de scrofule ni de syphilis.	Il y a 18 mois.	Chute. Choc du tiers inférieur du rachis contre un corps résistant. Depuis lors, douleurs vagues au niveau du point frappé. Il y a 8 mois, apparition d'une petite tumeur du volume d'une grosse noix au sommet de l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée.	Vers l'articulation sacro-vertébrale existe une petite tumeur, qui se laisse déprimer. Le tissu osseux paraît épaissi au voisinage. Pas de douleurs. Marche possible et sans plus de fatigue qu'à l'ordinaire. Pus de bonne nature à la ponction.	Bo[n]
179	Samson (Félix), journalier, 38 ans.	17 avril 1874.	Scrofule. Pas de syphilis.	Il y a un an.	Petite tumeur indolente, absolument spontanée, et qui grossit insensiblement au niveau de la fourchette sternale.	On constate, sur la fourchette sternale, un abcès s'ouvrant par plusieurs petites fistules à orifices violacés, déprimés, et laissant continuellement écouler un liquide séro-purulent. Le stylet s'enfonce profondément dans le tissu du sternum, qui paraît friable et ramolli.	Tumeu[r] glion[...] du [...] d'un [...] œuf, [...] dan[s] [...] gang[...] parot[...]
180	Vérité (Claire), 16 ans.	5 juin 1874.	Scrofule.	A passé inaperçu.	Il y a huit jours, une tumeur grosse comme un œuf et siégeant à l'union du tiers moyen avec le tiers interne de la clavicule, s'est ouverte spontanément et a donné issue à une grande quantité de pus séreux.	Fistule unique, donnant issue à du pus de mauvaise nature. Pas de douleur à la pression. L'exploration avec le stylet ne donne rien.	Mauvai[s] glio[...] cou[...] neux [...] gnes [...] pect [...] son [...] des [...] pom[...]

…GNOSTIC.	TRAITEMENT		ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE LA SORTIE.		DATE de la SORTIE.	OBSERVATIONS.
	LOCAL.	GÉNÉRAL.	LOCAL.	GÉNÉRAL.		
-périos- suppurée saerum.	Ponction et passage d'un drain. Injeetions iodées.	Toniques.	Les deux orifices qui ont servi au passage du drain sont complétement fermés. L'os paraît épaissi et très-dur au voisinage du point ou siégeait l'abcès.	Bon.	18 févr. 1874.	»
fistuleux …iveau de …urehette …nale. de l'os.	Cataplasmes. Lotions et injeetions iodées. Cautérisation avee le crayon de nitrate d'argent.	Id.	Suppuration persistante moins abondante qu'au moment de l'entrée.	Pas d'amélioration. Un peu d'albuminurie	24 avril 1874.	»
-périos- suppu- de la …icule.	Id.	Traitement anti-scrofuleux reconstituant.	L'os est dénudé dans une assez grande partie de son étendue.	Mauvais. Signes stéthoscopiques du côté des sommets plus accusés qu'au moment de l'entrée.	17 juin 1874.	»

B. — Caries.

Les sept malades, dont les observations sont rapportées dans ces tableaux, sont des adultes de vingt à trente-cinq ans.

Deux cas pourtant se sont présentés chez des personnes plus âgées : l'un chez un homme de quarante-huit ans, l'autre chez un homme de cinquante-huit ans. On doit remarquer que ces deux malades étaient alcooliques, et que, chez tous les deux, le traumatisme semble avoir joué un certain rôle dans la production de la carie. Le premier remarque que son pied devient douloureux chaque fois qu'il a porté pendant assez longtemps des chaussures de bois (obs. 185, tab. XXI) ; chez le second, l'origine traumatique de l'affection paraît bien démontrée. A la suite d'une piqûre de l'extrémité antérieure de l'index survient un panaris. Le trajet ouvert par l'issue du pus reste fistuleux, et, par l'exploration avec le stylet, on trouve une carie de la première phalange (obs. 183, tab. XX).

On a noté des antécédents de scrofule dans cinq fois. Dans un de ces cas même, il y avait en même temps des antécédents héréditaires de tuberculose (obs. 180, tab. XXII). Les os intéressés ont été le tibia (deux fois), tous les os du pied, les deux premiers métatarsiens, le fémur, le sternum, le radius et la première phalange de l'index de la main droite. Au moment de l'entrée des malades dans le service, la carie datait de douze ans chez l'un; de dix ans, de cinq ans, de deux ans, d'un an, chez les autres.

Enfin chez les deux malades alcooliques dont nous avons déjà parlé, la maladie était beaucoup plus récente ; elle remontait à trois mois chez le premier, à un mois chez le second.

Chez quatre malades, l'état général était satisfaisant, trois étaient au contraire affaiblis et anémiés.

Les opérations suivantes furent faites :

Un évidement du radius, suivi de guérison.

Une amputation de l'index ; le malade guérit également.

Enfin, à la suite de l'enlèvement des deuxième et troisième

métacarpiens, un malade succomba par suite d'une suppuration extrêmement abondante et de la septicémie; un autre malade mourut d'infection purulente à la suite d'une amputation de la jambe au voisinage du genou. Les autres malades furent traités localement par les cataplasmes et les lavages iodés, en même temps, on prescrivit, comme traitement général, un régime fortifiant, du fer et du quinquina à l'intérieur.

Tab. XX.

Nos d'ordre.	Nom, age, profession.	Date de l'entrée à l'hôpital.	Antécédents.	Début de la maladie. Époque.	Début de la maladie. Mode.	État du maladi[e] au moment de l'entrée. Local.	Génér[al]
181	Pernat (Auguste), 27 ans, ébéniste.	5 avril 1875.	Scrofule. Manifestation du côté des yeux et du cuir chevelu. Pas de syphilis.	1865.	Formation sans cause appréciable d'un abcès à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la face interne du tibia. Ouverture spontanée de l'abcès et formation d'une fistule.	A l'union des tiers supérieur et moyen de la face interne du tibia droit petite fistule à bords saillants, fongueux, donnant un pus séreux. Autour de la fistule, soulèvement douloureux de la peau qui est un peu rosée. Le stylet introduit par la fistule rencontre une portion d'os dénudé, dure, resistante et mobile. Fongosités molles tout autour.	Bon
182	Duvray (Hector), 35 ans, menuisier.	24 février 1875.	Rien à noter.	Janvier 1872.	Insidieux. Douleurs sourdes, surtout le soir après un travail manuel prolongé. Léger gonflement de tout l'avant-bras. Un peu plus tard, un abcès s'est ouvert, et est resté fistuleux.	Au niveau de la moitié du tiers inférieur du radius, une fistule entourée de fongosités. Gonflement partiel et douloureux des parties voisines. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux, découvre une partie du radius qui est raréfiée, friable. (Exploration très-pénible pour le malade). L'os lui-même est augmenté de volume à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous de la fistule.	Ass[ez] satisfai[sant]. Embonpo[int no]table. [Appé]tit et s[ommeil]…
183	Hyver (François), 58 ans, journalier.	20 décembre 1874.	Alcoolique. Pas de scrofule ni ni de syphilis.	Décembre 1874.	Panaris de l'index droit consécutif à une piqûre.	Index de la main droite tuméfié, surtout au niveau de la première phalange, où l'on remarque une ulcération intéressant toute la face palmaire et suppurant abondamment. Un stylet introduit dans la solution de continuité montre que le tissu des phalanges est mou, bourgeonnant, friable jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne.	Satisfa[isant]

NOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	TRAITEMENT GÉNÉRAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. LOCAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. GÉNÉRAL	DATE de la sortie.	OBSERVATIONS.
du tibia interne des tiers ieur et ı.) tre au point.	Cataplasmes. Lavages iodés, matin et soir.	Bain sulfureux. Deux par semaine.	Diminution de la suppuration.	Satisfaisant	21 avril.	Ce malade devait rentrer dans le service un peu plus tard. Le 15 août 1875, il ne s'était pas représenté.
u radius. ite raré- e de voi- ge.	23 mars. Incision parallèle à l'axe du radius, longue de 10 centimètres; puis évidement. L'os était entouré d'une couche raréfiée, très-friable, épaisse d'un demi centimètre et s'étendant de la face antérieure sur le côté externe, empiétant même sur la face postérieure.) Pansement à plat sans réunion.	Id.	Cicatrisation complète. (La suppuration a diminué graduellement et a été tout à fait tarie un mois après l'opération).	Satisfaisant	1er mai 1875.	»
e la pre- re pha- e de l'in- de la droite.	25 février. Amputation de l'index. Pansement simple.	Id.	Cicatrisation sans accident de la plaie d'amputation.	Satisfaisant	16 janvier 1875	»

TAB. XXI.

N^os D'ORDRE.	NOM. AGE, profession.	DATE de l'entrée à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE. ÉPOQUE	DÉBUT DE LA MALADIE. MODE	ÉTAT DU MALAI[illegible] au moment de l'entrée LOCAL	GÉN[illegible]
184	Gatefossé (Eugène), 32 ans, sculpteur.	23 avril 1874.	Scrofule. (Cicatrices de tumeurs ganglionnaires dans la région parotide dr.)	Janvier 1874.	Abcès à la partie antérieure et moyenne de la cuisse. Ouverture spontanée d'abcès, puis formation d'un trajet fistuleux qui donne continuellement issue à un pus de mauvaise nature.	Trajet fistuleux à la partie antérieure et moyenne de la cuisse. Suppuration continuelle. Le stylet va jusque sur le fémur et révèle une surface dénudée, molle, bourgeonnante d'une assez grande étendue. Pas de séquestres.	Amaigr[illegible] de [illegible] soir. nul.
185	Piégail (Marius), 48 ans, mouleur.	17 mars 1875.	Scrofule. Alcoolisme.	Novembre 1874.	Douleur diffuse du pied, sensible surtout lorsque le malade portait des chaussures de bois, dont l'emploi est nécessaire dans son métier.	Tuméfaction considérable de la face dorsale du pied droit, et surtout au niveau du tarse. Le gonflement remonte jusque sur l'articulation tibio tarsienne, dont les mouvements sont gênés, mais peu douloureux; et s'étend en arrière de la malléole externe. Peau violacée, luisante. Sensibilité paraissant diminuée. Deux trajets fistuleux, avec décollement des téguments qui les séparent. Ces fistules se sont ouvertes il y a quatre mois. Siégent l'une au niveau de l'extrémité postérieure du troisième métatarsien ; l'autre au niveau du cuboïde. Le stylet montre que le premier métatarsien est sain, le second carié dans une assez grande étendue ; il ne peut parvenir jusqu'au troisième. Pendant le temps que le malade resta dans les salles avant l'opération, un petit abcès superficiel se montra vers le bord externe du pied. Pas de douleurs dans le pied pendant le repos.	Affaibli[illegible] mar[illegible] puis [illegible] moi[illegible] mor[illegible] vais. som[illegible] d'ap[illegible] de [illegible] d'al[illegible] dans [illegible] nes.

...NOSTIC.	TRAITEMENT		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie		DATE de la sortie.	OBSERVATIONS.
	LOCAL	GÉNÉRAL	LOCAL	GÉNÉRAL		
...lu fémur ...ant dans ...oitié su- ...ieure du ...s moyen ...a face an- ...ure.	Cataplasmes.	Régime fortifiant. Vin. Iodure de fer. Alcool.	État stationnaire.	Un peu meilleur qu'au moment de l'entrée)	28 avril 1874.	»
...ie du ...ième et ...ième mé- ...sien du ... droit.	24 avril. Enlèvement des 2e et 3e métatarsiens par les procédés ordinaires. Réunion de la partie supérieure seulement de la plaie mèche dans la partie inférieure pour l'écoulement du pus. Chloroformisation très-difficile; la période d'excitation a duré cinq minutes.	Alimentation légère. Sulfate de quinine et alcool à haute dose. 300 grammes par jour.	»	»	»	*Mort* le 8 juin. Depuis l'opération, la température avait suivi la marche suivante : 25 avril, 38°4; 26, 38°5; 27, 38°6 ; 28, 38°6; 29, 38°17; 30, 38°9 ; 1er mai, 39°; 2 mai, 38°8 ; 3, 38°8 ; 4, 38°6; 5, 38°4 ; 6, 38°5; 7, 38°4; 8, 39°4. Apparition d'un érysipèle qui disparut sept jours plus tard. Depuis le 16 mai, la température du matin n'a pas dépassé 38°7.— Jusqu'au 8 juin, la suppuration a été très-abondante. L'état général est devenu mauvais, et le malade a succombé par suite de l'abondance de la suppuration et par septicémie.

TAB, XXII.

N^{os} D'ORDRE.	NOM, AGE, profession.	DATE de l'entrée à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE.		ÉTAT DU MALADE au moment de l'entrée.	
				ÉPOQUE	MODE	LOCAL	GÉNÉR[...]
186	Reynal (Etienne), 24 ans.	14 octobre 1874.	Mère morte phthisique. Lui-même sujet à s'enrhumer. Sueurs nocturnes fréquentes. Scrofuleux. (Cicatrices multiples au niveau des ganglions sous-maxillaires.)	1868.	Tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia gauche qui gagna l'articulation. Des trajets fistuleux s'établirent au niveau de l'articulation. Suppuration pendant près de deux ans. Ces trajets fistuleux, après s'être fermés, se rouvrirent de nouveau. Il y a deux ans, nouvelle affection articulaire et luxation spontanée du genou. Depuis lors, le malade a beaucoup souffert dans la jambe.	Cicatrices des fistules pâles adhérentes aux parties profondes. Luxation du genou (en arrière). Rotule effacée au-dessous de l'extrémité droite du fémur. Jambe atrophiée, moins sensible que celle du côté opposé. Plaque gangréneuse sur le gros orteil, large comme une pièce de 50 c. La peau de la face dorsale du pied est bleue, livide et présente des points de sphacèle. Plus des trajets fistuleux encore ouverts. Le stylet explorateur montre qu'une partie de l'extrémité supérieure du tibia est ramollie et fongueuse. Le malade porte un appareil qui lui permet de marcher sans appuyer sur sa jambe. Néanmoins il demande l'amputation.	Amaigris[...] et débi[...] Rien à l'a[...] tation d[...] du poum[...]
187	Sadeler (Pierre), 32 ans.	26 novembre 1874.	Pas de scrofule ni de syphilis.	1863.	Gonflement et douleurs spontanées. Carie des os du pied gauche. Formation de plusieurs abcès dont un au niveau de la malléole externe. Ils se sont ouverts spontanément, et les trajets sont restés fistuleux.	L'articulation tibio-tarsienne gauche est le siége d'un gonflement considérable. Les mouvements sont, pour ainsi dire, nuls et très-douloureux. Au niveau de la malléole externe, la peau est violacée, comme chagrinée, garnie de gros tubercules fongueux, mous, saignants : au milieu desquels on trouve deux fistules allant vers les surfaces articulaires. Le stylet révèle une dénudation mais pas de séquestre. Atrophie de la cuisse et surtout de la jambe.	Bo[...]

[DIA]GNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	TRAITEMENT GÉNÉRAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. LOCAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. GÉNÉRAL	DATE de la sortie.	OBSERVATIONS.
[...] de l'ex[tré]mité supé[rieu]re du tibia [...] luxation [spo]ntanée du [gen]ou en ar[riè]re.	25 octobre. Amputation au-dessous du genou, à la partie supérieure du tibia. Chloroforme. Compression par la méthode d'Esmarch. Incision avec lambeaux ovalaire postérieur. Ligature des gros vaisseaux. Pansement ouaté.	Rhum. Sulfate de quinine, 1 gramme.	»	»	»	Mort par infection purulente dix jours après l'opération.
[...] des os du [pie]d gauche.	Injections iodées par les fistules : deux fois par jour. Immobilisation de l'articulation.	Sirop d'iodure de fer. Vin de quinquina.	Diminution très-notable de la suppuration. Un seul trajet fistuleux persiste.	Bon.	13 mars 1865.	»

C. — Nécroses.

La plus grande partie des cas observés ont eu une cause déterminante accidentelle ; cependant on doit noter que, chez la plupart des malades, l'état général était mauvais.

Ainsi cinq d'entre eux étaient scrofuleux, trois seulement n'avaient jamais eu aucune manifestation avant leur entrée à l'hôpital.

Les âges ont été plus variables que ceux des malades atteints de carie : nous en trouvons 1 au-dessous de vingt ans, 3 de vingt à trente, 1 de quarante à cinquante, 1 de trente-six ans et 2 au-dessus de cinquante ans.

Chez deux malades, la nécrose des phalanges était consécutive à une plaie par instrument piquant ; chez trois à des fractures comminutives par armes à feu.

Il s'agissait dans ces trois observations de séquestres nombreux détachés de l'humérus et du fémur ; l'origine de la maladie remontait aux événements des années 1870 et 1871.

La nécrose dans les autres cas était survenue une fois à la suite d'une carie dentaire (nécrose du maxillaire inférieure droit) ; une fois sous l'influence d'un choc, dont la nature n'est pas indiquée ; enfin, après une chute sur une enclume de fer (nécrose du sommet de l'épine iliaque postéro-inférieure (obs. 190, tab. XXIII). Presque tous ces malades, au moment de leur entrée dans le service, étaient affaiblis par une longue suppuration ; deux seulement présentaient un état général satisfaisant. En laissant en dehors les trois nécroses consécutives à des fractures comminutives, on peut voir que les autres sont entrés d'un à six mois après le début de leur maladie.

Chez un d'entre eux (nécrose du maxillaire inférieur (obs. 188, tab. XXIII), on fit l'extraction du séquestre, puis on rugina l'os. Cette observation présente une analogie remarquable avec une autre rapportée dans le paragraphe III. Il s'agissait également

d'une nécrose d'un des maxillaires. L'étiologie, la marche, les symptômes furent presque les mêmes dans les deux cas, on fit dans l'un et dans l'autre l'extraction des séquestres, et les malades guérirent sans accident. Nous pourrions encore rapprocher de ces deux faits une autre affection inflammatoire du maxillaire supérieur placée également dans le paragraphe III. Le processus fut un peu différent après l'ablation de la portion d'os malade, on ne trouva pas de séquestres à proprement parler, mais une ostéite condensante dans certains points, destructive dans d'autres. Peut-être était-ce un degré moins avancé de la même maladie (voy. obs. CCXII et CCXVI mentionnées p. 305). Chez trois autres, on se borna à extraire purement et simplement les fragments nécrosés; une nécrose des phalanges du pouce nécessita l'amputation de ce doigt.

Au moment de leur sortie, quatre malades étaient guéris, deux améliorés et deux à peu près dans le même état qu'au moment de leur entrée.

TAB. XXIII.

Nos D'ORDRE.	NOM, AGE, profession.	DATE de L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE.		ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE L'ENTRÉE.	
				ÉPOQUE.	MODE.	LOCAL.	GÉNÉ
188	Duval (Léon), 17 ans.	5 déc. 1873.	Scrofuleux. Carie de presque toutes les dents	juin 1873.	Gonflement très-prononcé au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur du côté droit. L'abcès s'ouvrit spontanément dans la bouche au même niveau Vers la fin de juillet, gonflement presque disparu. C'est en le voyant réapparaître que le malade se présente à l'hôpital ; on passe un séton ; injection de teinture d'iode. Même état à la sortie, en septembre 1873. Le 5 décembre, le malade entre pour la seconde fois.	A la partie moyenne du bord inférieur droit du maxillaire inférieur, existe une fistule qui donne passage à une suppuration continuelle. Gonflement de toute l'étendue du bord inférieur du maxillaire. Rien de particulier du côté de la bouche. Le stylet pénètre directement sur un petit séquestre anguleux, assez mobile. Douleur assez vive à la pression.	Malade bli. N dans gang
189	Bigot (Louis), 67 ans, maçon.	26 janv. 1874.	Pas de scrofule ni de syphilis.	3 janvier 1874.	Choc sur la mâchoire inférieure du côté gauche, assez violent pour amener un ébranlement des dents du même côté et une tuméfaction qui persista. Il se forma depuis une petite tumeur au-dessous du bord inférieur de la moitié gauche de la portion horizontale du maxillaire inférieur. Elle avait le volume d'une noisette. Peu à peu cette tumeur s'enflamma ; on fit une 1re incision, qui donna issue à du sang, sans mélange de pus au dire du malade. Quelques jours après, écoulement de pus qui se prolonge jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.	Gonflement sur toute la portion horizontale gauche du maxillaire. *Deux orifices fistuleux* existent, l'un externe, au niveau du bord inférieur de l'os ; l'autre interne, au même niveau et dans le sillon gingivo-labial. Le stylet révèle une *dénudation* étendue de l'os. Petit séquestre immobile au milieu.	Bo
190	Bonet (Jules). 27 ans.	5 janvier 1874.	Scrofule. (Manifestations du cou, des yeux et du cuir chevelu pendant l'enfance.	Il y a 8 mois.	Chute. Le siége porte sur une enclume. Depuis ce temps, douleurs vives au niveau de l'épine iliaque postérieure et inférieure. Il y a sept mois, les douleurs ont augmenté au point de l'empêcher de travailler.	Au niveau de la symphyse sacro-iliaque on sent une dépression dans laquelle pénètre la pulpe du doigt. Aspect de la peau normal. Petite tumeur de la grosseur d'une pomme au niveau du sommet de l'épine iliaque postéro-supérieure. A la ponction, pus séreux entourant un petit séquestre immobile.	Débi

…GNOSTIC.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE de la SORTIE	OBSERVATIONS.
…se d'une …ite por- …n du ma- …aire infé- …ur droit.	21 février 1874 : Incision des parties molles parallèlement au bord inférieur de l'os. On découvre un séquestre assez petit et comme enchatoné dans l'os sain. Il est très-friable et est extirpé par morceaux. On rugine l'os et on rencontre les *racines des dents faisant saillie au niveau du sequestre*. Le sequestre était limité à la face externe, recouvert par des bourgeons venant du corps de l'os. — Pansement simple. Drain passé dans la plaie.	Toniques (fer, quinquina, alcool).	Guérison. — La suppuration a cessé ; la plaie est cicatrisée.	Bon.	9 mars 1874.	»
…se d'une …e portion …naxillaire …rieur.	Injection de teinture d'iode par les trajets fistuleux.	Iodure de potassium.	Pas de changement notable dans l'état du malade.	Assez bon, malgré la suppuration.	11 févr. 1874.	Ce malade avait été tenu en observation jusqu'au moment de sa sortie, afin qu'on pût faire l'extraction de la partie de l'os nécrosée au moment où elle se limiterait et tendrait à s'éliminer. Il sortit de l'hôpital sur sa demande. Depuis lors, il n'est pas rentré.
…ose du …nmet de …pine ilia- …e posté- …ure supé- …ure con- …utive à …e ostéite …uë.	Évacuation du foyer purulent. Passage d'un drain laissé à demeure. A la ponction, issue d'une petite quantité de pus séreux. Injections iodées par le drain.	Toniques.	Un des orifices du passage du drain reste fistuleux. Le stylet, passé par cet orifice, rencontre un tissu osseux assez mou et bourgeonnant autour du séquestre,	Amélioration notable.	12 mars 1874.	»

TAB. XXIV.

Nos D'ORDRE.	NOM, AGE, profession.	DATE de l'entrée à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE.		ÉTAT DU MALADE au moment de l'entrée	
				ÉPOQUE	MODE	LOCAL	GÉNÉRAL
191	Baldenweck (Louis), 22 ans, tailleur de pierres.	Février 1874.	Scrofuleux. Abcès ganglionnaire dans plusieurs mois au cou. Manifestations du côté des yeux et du cuir chevelu pendant l'enfance.)	Juin 1871.	Reçut une balle dans le bras droit, au niveau de l'insertion du delto.de. La balle entra par la face externe de l'os et sortit par la face interne, rentra dans l'épaule vers le bord inférieur de l'omoplate. Le lendemain, on retira une portion de la balle, qui paraissait logée dans l'humérus, le reste fut retiré également et parut avoir atteint l'angle inférieur de l'omoplate. Il y avait fracture comminutive de l'extrémité supérieure de l'humérus. 8 mois après, le trou d'entrée se cicatrisa; mais un trajet s'ouvrit immédiatement au-dessous, qui donna passage à plusieurs esquilles. Depuis, plusieurs trajets nouveaux se sont ouverts et ils sont restés fistuleux.	Trajets fistuleux sur la face externe du bras droit. Suppuration continuelle. L'introduction d'un stylet par l'un de ces trajets, situé un peu au-dessous de l'orifice d'entrée de la balle cicatrisé, permet de constater la présence de plusieurs séquestres, les uns fixes, les autres mobiles. Une partie des muscles sont atrophiés. Au niveau d'un des trajets fistuleux, la peau s'enfonce dans l'orifice et semble doubler. Il existe au point où siégeait la fracture un cal irrégulier, assez solide pour que le malade puisse se servir du membre. Cal osseux irrégulier de l'omoplate avec quelques adhérences de la peau.	Mauvais. Anorexie. sonmie. peu de fi le soir. tablem amaigri. I dans le p mon. Pas bumine l'urine.
192	Bouchard (Jean), 48 ans, tonnelier.	30 avril 1875.	Scrofule. (Manifestations multiples pendant l'enfance. Cuir chevelu. Yeux, ganglions lymphatiques.)	20 mars 1875	Dactylite aiguë du pouce droit survenue à la suite d'une piqûre de la pulpe.	Deuxième phalange du pouce démesurément augmentée de volume et déformée. Couche épidermique épaisse, comme macérée. Ongle tombé. Pulpe du doigt profondément ulcérée, laissant à nu une portion de la seconde phalange, qui est nécrosée et noire. Tout le pouce et la main sont œdematiés. Lymphangite de l'avant-bras et du bras. Douleurs très-vives.	Amaigrisse Perte d'a tit et de meil.

GNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	TRAITEMENT GÉNÉRAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. LOCAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. GÉNÉRAL	DATE de la sortie.	OBSERVATIONS.
se de l'hu-rus à l'u-n du tiers périeur c le tiers yen. (Suite ne plaie arme à .)	6 février. L'orifice fistuleux est largement débridé. Extraction de séquestres nombreux et de petit volume, réunis dans une espèce de cavité creusée aux dépens de la face externe de l'os. Quelques-uns sont libres, les autres adhèrent encore. Pansement simple à la suite.	Reconstituant. Alcool. Fer. Quinquina.	Cicatrisation de l'ouverture faite pour rechercher les séquestres. Plus de traces de suppuration.	Excellent.	21 février	»
se de la uxième lange du ce droit.	Cataplasmes, puis tentative de résection de la partie nécrosée. (Toute la phalange paraît intéressée). Amputation de la deuxième phalange du pouce.	Vin de quinquina. Alun (100 grammes par jour.)	Cicatrisation complète de la plaie d'amputation. (La guérison avait été retardée par un érysipèle de tout le membre, apparu le 30 mai et disparu le 5 juin seulement.)	Excellent.	16 juin. 1875.	»

TAB. XXV.

N^os D'ORDRE.	NOM, AGE, profession.	DATE de l'entrée à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT DE LA MALADIE.		ÉTAT DU MALADE au moment de l'entrée	
				ÉPOQUE	MODE	LOCAL	GÉNÉRA
193	Morgot (Jean-Nicolas) 53 ans, buandier.	21 mai 1875.	Scrofule. (Cicatrices d'adénopathies cervicales.)	15 mars 1875.	Panaris du médius droit survenu à la suite d'une piqûre d'épingle.	Tuméfaction considérable du médius de la main droite. Peau blanche et luisante. Tissus mous, donnant à la pression sensation d'empâtement et de fluctuation. Sur le côté externe de la deuxième phalange, vers le tiers supérieur, un petit trajet fistuleux ouvert depuis trois semaines. L'introduction d'un stylet permet de reconnaître que l'os est dénudé dans une grande partie de son étendue. On rencontre un séquestre dur résistant, sans mobilité.	Bon, sauf peu d'in nie amené les dou du médiu
194	Boulard (Auguste), 36 ans, journalier.	Janvier 1874.	Pas de scrofule ni de syphilis. Alcoolisme.	Mai 1871.	Fracture comminutive à l'union des tiers moyen et inférieur du fémur gauche par une balle de chassepot. Une moitié de balle retirée le lendemain avec des fragments d'os, l'autre sortie spontanément 15 mois plus tard. Pendant 14 mois suppuration par plusieurs trajets fistuleux. Les orifices se fermèrent, mais trois abcès se firent jour ensuite et restèrent fistuleux.	Marche impossible. Deux trajets fistuleux: L'un à la partie antéro-interne de la cuisse immédiatement au-dessus des condyles. L'autre à la partie postérieure. Jambe atrophiée. Membre dans l'abduction et la rotation en dehors. Jambe légèrement fléchie sur la cuisse. Au niveau de la fracture, cal irrégulier volumineux. Pas de sequestres sensibles. Exploration avec le stylet par l'un des trajets.	Débilit extrêm
195	Trin (Emile), 26 ans	Janvier 1871.	Id.	Août 1870.	Fracture comminutive du condyle extrême par une balle Dreyse. La balle sortit au-dessus du condyle interne. Un premier sequestre fut retiré au bout de 8 jours après l'accident. Depuis cette époque, suppuration continuelle par un trajet fistuleux situé au-dessus du condyle externe.	Trajet fistuleux ouvert au-dessus du condyle externe. Suppuration Articulation femoro-tibiale très-volumineuse. Mouvements limités douloureux. Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Le stylet révèle la présence d'un séquestre mobile correspondant au sommet du condyle externe.	Très-affaibl Peu d'app De temps temps de tits friss irrégulie

NOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	TRAITEMENT GÉNÉRAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. LOCAL	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie. GÉNÉRAL	DATE de la sortie.	OBSERVATIONS.
e d'une ie de la nde pha- e du mé- s de la droite.	Application de cataplasmes laudanisés pour favoriser l'élimination du séquestre, et diminuer les douleurs.	Pilules d'extrait thébaïque, 0,05.	Etat stationnaire.	Comme à l'entrée.	8 juin 1875.	Le malade quitta le service sur sa demande.
se du fé- à l'union tiers en et in- ur, con- tive à une ture com- utive. de Chas- pot.)	6 février. Orifice fistuleux largement débridé, pour permettre d'aller à la recherche des sequestres. Extraction de séquestres nombreux et de petit volume, réunis dans une espèce de cavité creusée aux dépens de la face externe de l'os. Quelques-uns sont libres, les autres adhèrent encore. Pansement simple à la suite.	Régime fortifiant.	Un des trajets fistuleux s'est fermé. Suppuration toujours abondante par les deux autres.	Un peu d'albumine dans les urines.	27 février 1874.	»
ose d'une tion du dyle ex- e du fé- gauche, sécutive à fracture mminu- e. (Balle yse.)	3 février. Extraction d'un séquestre volumineux et légèrement adhérent par sa base.	Toniques.	Plus de suppuration. Le genou est un peu plus volumineux que celui du côté droit. Tous les mouvements de l'articulation sont possibles, mais peu étendus.	Très-bon.	7 mars 1874.	»

§ III.

OBSERVATIONS OFFRANT UN INTÉRÊT SPÉCIAL.

Outre les fractures comprises dans ces tableaux, nous en avons traité quelques autres, dont nous rapportons isolément les observations. Nous ne les avons point disposées comme les premières, pour les raisons que nous avons données plus haut à propos des fractures de l'humérus. Parmi celles qui se trouvent dans ce paragraphe, nous mentionnerons une fracture comminutive du frontal, suivie de méningo-encéphalite (obs. CXCVI), une fracture des os propres du nez, insignifiante par elle-même, mais accompagnée d'une commotion cérébrale. La guérison survint; il en fut tout autrement chez le malade de l'observation CCXII. La mort arriva très-rapidement, bien qu'il n'y eût pas chez lui d'autres lésions osseuses qu'une fracture du fémur. Elle fut la conséquence de la commotion cérébrale. A la suite de deux fractures doubles de l'humérus, nous mentionnons deux autres cas de notre pratique personnelle tout à fait semblables à celui du malade de l'hôpital.

Les accidents qui ont produit ces fractures présentent des particularités dignes de remarque. Ainsi, la fracture du frontal a pour agent un fragment de grès détaché d'une meule en mouvement, très-probablement sous la seule influence de la force centrifuge (voy. abs. CXCVI). Quatre malades tombent dans un escalier de la même maison, l'un d'eux se fait une fracture de la base du crâne; les trois autres, des fractures de l'humérus. De même, les deux malades qui sont tombés du deuxième étage (obs. CCXI et CCXII) ont éprouvé des effets tout à fait différents de leur chute. Le premier n'eut qu'une fracture de l'os iliaque, guérie au bout de très-peu de temps; chez le second, qui s'était jeté volontairement et probablement la tête la première, il y eut une fracture du fémur avec commotion cérébrale.

Deux malades tombent d'un trapèze en mouvement. Chez le premier on trouve une commotion cérébrale avec fracture des

os du nez, contusion de la face, etc. Chez le second, ce n'est pas la tête, mais probablement les mains qui frappent le sol, et il se fait une fracture des deux radius (obs. CCX).

Plusieurs autres fractures ont été causées par des accidents ordinaires et qui rentrent dans l'étiologie classique de ces lésions: un coup de poing sur la mâchoire fracture le maxillaire inférieur; le timon d'une voiture heurte la clavicule et la casse; un malade se fracture la rotule en descendant de voiture, etc.

Ces diverses fractures ont eu pour la plupart une terminaison favorable; elles se sont consolidées sans accident, et n'ont laissé à leur suite aucune difformité. Dans la fracture comminutive du frontal, la mort est survenue par suite d'une méningo-encéphalite du lobe frontal droit du cerveau (obs. CXCVI). Elle fut, dans un autre cas, très-rapide, absolument indépendante de la fracture, et résulta d'une commotion cérébrale (obs. CCXII déjà citée).

Les affections inflammatoires, mentionnées dans ce chapitre, ont offert un cachet spécial; elles ressemblaient, à s'y méprendre, à des tumeurs osseuses. Après la résection d'une partie du maxillaire supérieur on trouva, au microscope, une ostéite de la paroi du sinus, formative en certains points, destructive dans d'autres (voy. obs. CCXII). Dans un autre, le même os contenait un séquestre qui avait également l'aspect d'une tumeur. La résection d'une partie de l'os et l'extraction des portions nécrosées eurent les meilleurs résultats. La plaie se ferma en très-peu de jours, et le malade fut complétement guéri (obs. CCXVI).

La trépanation faite dans un cas de cancer secondaire du temporal, fut suivie de mort. Cette observation est extrêmement intéressante. La maladie avait pour point de départ des kystes sébacés multiples du cuir chevelu, devenus tardivement cancéreux. Pendant plus de six semaines après l'opération, la malade alla bien et put même se lever. Tout à coup, et sans que rien fît présager ce terrible accident, elle fut prise d'une hémiplégie gauche et mourut 24 heures plus tard. L'autopsie démontra que la paralysie était causée par la compression de l'hémisphère

cérébral droit. Une nappe épaisse de pus était étalée à sa surface.

Les autres tumeurs osseuses observées, se répartissent ainsi :

Exostoses	4
Hydropisie du sinus maxillaire	2
Sarcome	1
Épithélioma	1
Cancer	2

Avec l'exostose ostéo-cartilagineuse de l'humérus, mentionnée plus haut (voy. Ire partie, leçon VII), nous en avons eu une de l'extrémité inférieure du fémur et une autre de l'extrémité supérieure du péroné ; la première seule fut enlevée, à cause des douleurs atroces qu'elle occasionnait ; l'opération se termina sans accident, et la malade guérit (obs. CCXIII). Nous fûmes moins heureux pour une exostose syphilitique du col du fémur gauche. Cette tumeur produisait des accidents graves dans tout le membre correspondant, et nous dûmes nous décider à l'enlever. Bien que l'opération eût marché régulièrement, la malade succomba à la septicémie (obs. CCXIV). L'exostose ostéo-cartilagineuse de la tête du péroné ne donnait lieu qu'à des accidents beaucoup moindres ; nous employâmes contre elle l'ignipuncture, afin de modifier son évolution, si la chose était possible ; ce mode de traitement eut pour avantage de faire disparaître la douleur (obs. CCXXV).

Nous ne ferons qu'une remarque à propos des deux collections liquides du sinus maxillaire ; c'est que ce n'étaient point des kystes proprement dits. Elles étaient renfermées dans le sinus et leur enveloppe était formée par le diverticulum de la pituitaire qui double cette cavité ; il s'agissait donc d'une simple hydropisie, et l'expression de kystes du sinus maxillaire que l'on emploie bien souvent, eût été inexacte dans ces deux cas.

Le sarcome myéloide et ossifiant qui nécessita la résection du maxillaire inférieur (obs. CCXXVII), s'était développé chez un enfant de seize ans. Cette circonstance est tout à fait en rapport avec l'étiologie habituelle de ces sortes de tumeurs. L'opération

avait réussi, mais la mort survint par le fait d'une apoplexie pulmonaire.

Enfin, l'épithelioma tubulé des os du nez et les cancers des maxillaires, dont nous rapportons également les observations, n'ont présenté rien de particulier. Ces dernières tumeurs étaient de la plus mauvaise nature, car l'une avait récidivé rapidement après une première ablation et envahi en très-peu de temps les ganglions ; l'autre avait amené très-vite la cachexie cancéreuse. Lors de l'entrée de ces malades dans nos salles, nous ne pouvions plus songer à les opérer.

A. — Fractures.

Obs. CXCVI. — *Fracture du frontal. Méningo-encéphalite localisée. Mort.* — Lepigeon (Émile), seize ans, polisseur, entré le 8 mars 1875. Cet enfant vient de recevoir un éclat de meule en grès, lequel a brisé le frontal du côté droit. Sur la moitié externe du côté droit du front, on trouve une plaie verticale qui descend jusqu'à la paupière supérieure, coupée elle-même transversalement dans la plus grande partie de son étendue. Cette plaie a saigné abondamment.

En soulevant la paupière supérieure, on voit que la cornée a été perforée et qu'un lambeau d'iris fait saillie entre les lèvres de cette solution de continuité.

L'arcade sourcilière est fracturée, ainsi que la partie du frontal située au-dessus. Il y a dans la plaie de nombreuses esquilles que l'on enlève avec précaution, ainsi qu'un morceau de drap provenant de la casquette du blessé. Il est facile de sentir au-dessus de l'arcade sourcilière que la dure-mère est à nu dans une étendue de plus d'un centimètre carré.

On réunit la partie supérieure de la plaie avec des bandelettes collodionnées, et l'on place une mèche vers la partie déclive dans l'angle externe de la plaie. On applique en permanence des compresses imbibées d'eau glacée.

9 mars. Le soir, T. A. 38°,5 (1), P. 60. La nuit a été assez calme; le malade a un peu de fièvre, mais il a bien dormi, et n'accuse pas de céphalalgie.

T. { matin 39°
{ soir 40°2

(1) Dans l'indication des températures, nous ne mettrons que la première fois T. A. (température axillaire) ou T. R. (température rectale), parce que dans une même observation la température a toujours été prise aux mêmes points.

Les jours suivants, la fièvre augmente; les nuits sont plus agitées; cependant le malade ne présente aucun symptôme inquiétant. Glace, 1 gramme de chloral a l'intérieur.

10.	T.	matin	38°,8	P. = 70
		soir	40°,2	
11.	T.	matin	40°,8	P. = 96
		soir	41°,4	
12.	T.	matin	40°,5	P. = 80
		soir	40°,8	P. = 84

13. A la visite du soir, le malade est très-abattu; il répond qu'il va mal, et se plaint d'une violente céphalalgie, surtout à droite. Il présente au moment de la visite quelques secousses convulsives dans le bras gauche. Rien au membre supérieur du côté droit; pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie; pas de vomissements, ni de paralysie. La plaie paraît en bon état.

T.	matin	39°,9	P. = 70
	soir	40°,6	

14. Grande agitation jusqu'à minuit; plusieurs secousses convulsives dans le bras gauche; coma, dont il est impossible de tirer le malade; convulsions épileptiformes. L'œil gauche est fixe, la pupille normale. Le malade entend encore, mais ne peut ouvrir la bouche, ni tirer la langue; ne peut serrer avec la main gauche, qui retombe inerte sur le lit quand on la soulève; il serre bien de la droite. La jambe gauche est aussi paralysée, mais moins complétement que le bras. Les mouvements réflexes y sont très-marqués, quoique la sensibilité cutanée soit un peu obtuse. Vision bonne du côté gauche. Le malade sent quand on le pince; de temps en temps, il sort du coma et demande à boire. Dysphagie. Pas de vomissements depuis le début. Il est pris pendant la visite de convulsions des muscles de la face, caractérisées par des contractions cloniques répétées et limitées au côté droit.

Ces accès se répètent à plusieurs reprises pendant la nuit et durent quelquefois plusieurs minutes. Il s'écoule de la bouche une salive écumeuse. Évacuation involontaire d'urine et de matières fécales.

A dix heures : incision des méninges pour donner issue au pus, dans le cas où il se formerait un abcès à la surface du cerveau; il ne sort que du sang. Le soir grande agitation; a voulu se lever.

T.	matin	40°,2	P. = 90
	soir	41°,6	P. = 104

15. Nuit agitée, délire, crises convulsives, coma; entend, répond, *serre*

également la main des deux côtés. Sensibilité et intelligence intactes. Céphalalgie modérée ; dysphagie.

T. { matin 40°,4 / soir 41°,2   P. { matin = 100 / soir = 104

16. Nuit extrêmement bruyante ; a cherché plusieurs fois à sortir du lit ; délire ; à plusieurs reprises, secousses des muscles de la face.

Ce matin le malade est immobile dans le décubitus dorsal. État semi-comateux ; répond cependant aux questions ; accuse peu de céphalalgie ; tire bien la langue, dont la pointe est déviée à gauche. Pas de déviation de la commissure labiale. Faiblesse très-marquée du côté gauche. Dit qu'il ne peut serrer de la main gauche, ce qu'il fait très-bien de la droite ; toutefois il remue les membres de gauche, et *n'a plus à proprement parler d'hémiplégie*. La sensibilité cutanée est intacte. Il existe une contracture intéressant l'orbiculaire des lèvres, le buccinateur, le masséter, le releveur de la lèvre supérieure et l'élévateur de l'aile du nez. Incontinence d'urine et de matières fécales. Diarrhée ; pas de vomissements.

Soir. Beaucoup d'agitation ; a déliré toute la journée ; on est obligé de lui attacher les mains, qu'il porte sans cesse vers l'appareil qui recouvre la plaie. Chaque fois qu'on remue le malade, les mouvements convulsifs du côté de la face reparaissent. Évacuations involontaires. Du côté des membres, rien de particulier. Céphalalgie intense.

T. { matin 39°,6 / soir 41°,4   P. { matin = 96 / soir = 128

Le malade succombe à deux heures du matin.

Autopsie. — Après avoir décollé le cuir chevelu au niveau de la fracture et la peau jusqu'au-dessous de l'œil, on constate une perte de substance du frontal de 5 centimètres de long sur 2 centimètres 1/2 de largeur, à travers laquelle sort un magma putrilagineux, qui n'est autre chose que la partie antérieure du lobe frontal droit du cerveau ramollie. Cette perte de substance occupe la partie latérale droite de l'os frontal ; son bord postérieur correspond au sommet de la bosse coronale et descend verticalement jusqu'à l'articulation du frontal avec la partie écailleuse du temporal, à 1 centimètre environ.

L'arcade orbitaire du frontal a complétement disparu, si ce n'est vers vers la partie interne, où elle existe encore dans une étendue d'un centimètre et demi et constitue la limite interne de la perte de substance.

L'extrémité externe de l'arcade orbitaire ess également détruite, l'apophyse de l'os malaire qui s'y articule fait saillie sous la peau, et a subi elle-même une légère perte de substance.

Il existe de plus à l'union de l'os malaire et du maxillaire supérieur un trait de fracture vertical passant par le trou sous-orbitaire, et remontant derrière l'os malaire, qui se trouve ainsi complétement séparé du maxillaire supérieur, auquel il n'adhère plus que légèrement, mais il reste attaché à l'arcade zygomatique qui est indemne.

L'œil droit est complétement flétri ; la cornée avait été d'ailleurs ouverte.

Lorsqu'on a enlevé la calotte crânienne, on n'aperçoit rien que des arborisations rouges sur la dure-mère. Celle-ci incisée présente du côté droit un épaississement assez marqué, surtout quand on la compare à celle du côté gauche.

Au-dessous de la dure-mère et du côté droit seulement, il existe sur toute la convexité de l'hémisphère une grande nappe de pus.

Lorsqu'on verse un filet d'eau, on la fait disparaître en majeure partie, mais il reste des traînées qui siégent au niveau des sillons des circonvolutions cérébrales. Ces traînées purulentes ne disparaissent ni sous un filet d'eau, ni par le grattage. On les enlève avec les méninges qui sont très-adhérentes, et qui occasionnent des déchirures de la substance grise périphérique.

Les vaisseaux de la pie-mère sont très-dilatés. Enfin il existe un épaississement considérable des méninges. Ces membranes, au niveau de la fosse occipitale gauche et du cervelet, sont rouges, mais peu adhérentes ; elles ne paraissent point épaissies.

L'hémisphère droit du cerveau présente dans la partie inférieure de son lobe frontal un ramollissement putrilagineux, qui s'étend jusqu'à l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal, qui est lui-même atteint dans une étendue de 1 à 2 centimètres.

Rien dans le reste de l'hémisphère. Pas de foyers purulents localisés.

L'hémisphère gauche présente au toucher une consistance normale ; les méninges y sont gorgées de sang ; elles sont légèrement adhérentes, un peu épanouies ; on ne trouve pas de pus au-dessous d'elles. Les coupes pratiquées dans l'épaisseur de la substance cérébrale ne révèlent nulle part l'existence d'aucune lésion appréciable. (Les dessins qui figurent ces désordres se trouvent dans notre collection.)

L'examen des autres organes n'a pu être fait.

Obs. CXCVII. — *F. de la base du crâne. Commotion cérébrale. Guérison.* — Le 16 novembre 1874 fut apporté dans le service le nommé Darcy (Pierre), âgé de quarante-quatre ans. Il était tombé en arrière la veille dans un escalier, portant un lourd sac de charbon sur les épaules et avait roulé de marche en marche de la hauteur d'un étage. Quand on le releva, il avait perdu connaissance. Les personnes qui l'avaient transporté affirmaient qu'il avait eu un écoulement de sang par l'oreille ; il en suintait encore un peu à travers la membrane du tympan lors de son entrée.

Le malade est dans un coma complet, sans aucune contraction musculaire. Les paupières supérieures sont abaissées, les pupilles de grandeur normale, mais peu sensibles à la lumière. L'intelligence est entièrement perdue, mais la sensibilité directe et la sensibilité réflexe sont conservées. Pas de strabisme ni de nystagmus; pas d'ecchymose sous-conjonctivale; pas de paralysie faciale; pas d'écoulement par la bouche; pas de plaie du cuir chevelu.

Le lendemain, il répond très-vaguement aux questions, et indique faiblement avec la main la tête, quand on lui demande où il souffre. A la partie postéro-latérale gauche de la tête, au niveau du tiers postérieur de la suture fronto-pariétale, on remarque un empâtement œdémateux qui remonte vers le vertex et est le siége d'une vive douleur à la pression. T. R. 38°, P. = 60, plein. Dix sangsues derrière les oreilles; glace sur la tête; calomel à doses fractionnées, 0,10, en dix paquets dans la journée.

18. T. 38°,4, P. = 60. Même état. Aucun écoulement par l'oreille. Dix sangsues aux apophyses mastoïdes; glace. Le malade n'a pas eu de selles. On continue le calomel.

19. T. 38°, P. = 62. Le malade ouvre les yeux, et répond intelligiblement aux questions. Constipation opiniâtre; urines normales. On applique quatre sangsues, deux de chaque côté derrière les oreilles. Glace; calomel, 0,10, en dix paquets. Diète absolue.

20. T. 38°, P. = 52. La peau est un peu plus chaude. Le malade a eu trois selles solides hier. Calomel, 0,05.

22. P. = 60. Même état. Pas de selles le 21.

23. Le malade est un peu plus éveillé; il se plaint beaucoup de la tête; prend des potages et des bouillons.

24. Amélioration notable. L'empâtement a disparu; l'intelligence est à peu près revenue. La céphalalgie est supportable; elle n'est très-vive que pendant les mouvements. Pas de délire; vision normale; fonctionnement régulier des muscles de l'orbite.

25. Mieux progressif; appétit.

26. Le malade étant guéri demande à retourner chez lui.

On l'a revu un mois plus tard; il pouvait se livrer à ses travaux habituels.

D'après les caractères constatés au moment de l'entrée, il y avait eu fracture de l'étage moyen de la base du crâne. Le coma était le fait de commotion cérébrale plutôt que de la fracture elle-même.

Obs. CXCVIII. — *F. des cartilages du nez. Commotion cérébrale.* — Poirier (Adrien), journalier, vingt-six ans, entré dans le service le 27 avril 1874. Il est tombé sur la tête pendant qu'il s'exerçait sur un trapèze, et a aussitôt perdu connaissance. On lui a dit qu'il avait perdu du sang par le nez et par la bouche, mais non par les oreilles. Dans la journée qui a pré-

cédé son entrée à l'hôpital, il a eu à différentes reprises des vomissements bilieux.

28 avril. — Fièvre très-forte et insomnie. Ce malade est plongé dans un semi-coma; néanmoins, l'œil est vif. La pupille est normale, et se contracte bien sous l'influence de la lumière. Deux ecchymoses très-apparentes occupent l'angle interne des deux yeux, et s'étendent à la racine du nez qui est tuméfié, lisse et très-sensible. Ces ecchymoses s'étendent sur le bord libre des deux paupières de chaque œil. Un peu de trouble de la vision. Violente céphalalgie ayant son siége en avant, et principalement à droite. Pas d'écoulement par les oreilles; pas de douleur par la pression au niveau de l'apophyse mastoïde. On ne constate aucune déformation de la colonne vertébrale, ainsi qu'aucun point douloureux sur toute son étendue. P. = 60. Sensibilité (chaleur, contact, piqûre) abolie dans tout le membre inférieur droit; sensibilité réflexe conservée.

Douze sangsues derrière les oreilles; écoulement sanguin entretenu pendant plusieurs heures.

29. Anorexie complète; l'assoupissement des jours précédents persiste. Sensibilité revenue complétement à droite, en partie à gauche, si ce n'est au niveau du grand trochanter et sur la région postérieure de la cuisse dans son tiers supérieur. P. = 54. Calomel à doses fractionnées.

1er mai. — Souffre toujours beaucoup de la tête; l'œdème des paupières a sensiblement diminué; pas de sommeil ni d'appétit; encore quelques vomissements. P. = 54.

3. Un peu d'amélioration. Ce malade répond mieux aux questions qui lui sont posées, et peut être tiré de son assoupissement.

5. Difficulté dans le mouvement des mâchoires. Pas de fracture du maxillaire supérieur; mais on constate maintenant facilement une fracture des deux os du nez et des parois de l'orbite. En effet, si l'on vient à saisir avec une main les deux branches du maxillaire supérieur, et si de l'autre on fixe le crâne, on trouve une mobilité anormale considérable du maxillaire, comme s'il se déplaçait dans son ensemble; cependant, à la racine du nez et sous la paupière, on ne trouve pas d'ecchymose. Un peu de sommeil; l'appétit revient. P. = 54. La température n'a pas dépassé 38°,2.

7. Le malade n'est pas encore guéri, mais son état s'est amélioré, au point qu'il veut retourner chez lui, malgré nos recommandations.

Obs. CXCLIV. — *Fracture double du maxillaire inférieur. Consolidation.* — Jacquemin (Edmond), vingt-cinq ans, comptable, entre le 5 juillet 1874. Il y a deux jours, il a reçu un violent coup de poing sur la partie antérieure et un peu à droite de la mâchoire inférieure. Ecchymose couvrant la joue droite. Avant son entrée dans le service, hémorrhagie buccale abondante. Le sang, d'abord pur, se mêlait à la salive, puis il est sorti par caillots. La douleur qu'il a ressentie sur-le-champ n'a pas tardé à se dis-

siper, mais elle a été suivie d'un peu de somnolence. Il ne se réveillait que lorsque le sang pénétrait dans la gorge. Tuméfaction de la joue gauche. Ce malade ne peut tourner la tête que tout d'une pièce. Il est aisé de reconnaître une première fracture verticale et sans déplacement siégeant entre la canine et la première incisive inférieure droite. Mobilité manifeste. Une autre fracture transversale et sans déplacement siége sur la branche montante gauche du maxillaire inférieur. Cette fracture se reconnaît à la mobilité que l'on peut imprimer à toute la partie gauche de la mâchoire.

On immobilise la mâchoire au moyen de bandes ordinaires, et on fait passer un fil métallique sur la canine et la première incisive qu'on fixe ainsi solidement et que l'on rend solidaires l'une de l'autre.

Pas de fièvre. L'appétit est bon, mais la difficulté de prendre des aliments et de les mâcher fait prescrire une nourriture liquide.

16 juillet. La fracture paraît se consolider.

29. Le malade peut prendre des aliments faciles à broyer. Il prend même de la mie de pain.

1er août. Sort guéri sur sa demande.

Obs. CC. — *F. de la clavicule. Corps de l'os.* — Bandeau (Jules), vingt-trois ans, charretier. Entré le 15 mars 1874. A été frappé hier par un timon de voiture sur la clavicule.

Ce malade accuse une douleur limitée juste au milieu de la clavicule. Elle s'exagère par les mouvements du bras. Fracture de cause directe, sans déplacement appréciable. On sent au tiers moyen une crépitation distincte. Dans les mouvements du bras correspondant le fragment interne chevauche sur le fragment externe et vient faire saillie sous la peau.

Coussin cunéiforme dans l'aisselle. Fragments maintenus en contact par une pelote de caoutchouc. Écharpe de Mayor. Consolidation complète au bout de trente jours. Reste une petite saillie au niveau du point fracturé.

Obs. CCI. — *F. de la clavicule. Extrémité externe.* — Chrétien (Léon), quarante-cinq ans, entré le 4 mai 1874. Ce malade a fait une chute sur le moignon de l'épaule. A 2 centimètres 1/2 de l'articulation acromio-claviculaire, ecchymose large comme une pièce de 2 fr. Douleurs à la pression au même point. Les mouvements du membre sont difficiles et très-douloureux. Le malade soutient le coude avec sa main du côté opposé et applique le membre contre le thorax en même temps qu'il penche la tête du côté malade. La fracture est transversale et sans déplacement. On perçoit cependant de la crépitation en faisant mouvoir le bras et surtout en portant l'omoplate en arrière.

Coussin placé sous l'aisselle, le bras étant maintenu dans une écharpe

de Mayor. Le malade sort le 30 mai. Consolidation complète avec un cal très-peu volumineux.

Obs. CCII.— *F. de la clavicule. Extrémité externe.*— Flamant (Léon), menuisier, âgé de cinquante-quatre ans. Entre le 5 juillet 1874. Tombé d'une voiture en marche sur le moignon de l'épaule. Douleur peu marquée. Un peu de gonflement de l'épaule gauche. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale sont très-douloureux. Bras rapproché du tronc, tête inclinée du côté malade. La fracture est transversale, sans déplacement, et située à 2 centimètres de l'articulation acromio-claviculaire. Mobilité et crépitation faciles à constater.

Coussin sous l'aisselle. Bras placé dans une écharpe de Mayor.

Le malade part pour Vincennes le 14 août. La fracture est consolidée depuis dix jours avec un cal assez volumineux.

Obs. CCIII. — *F. double de l'humérus.* — Noël (Jean), quarante-quatre ans, tabletier, entré le 2 avril 1875. Cet homme est tombé la veille d'une hauteur de quinze marches dans un escalier; il ne peut dire au juste de quelle façon le bras a touché l'arête des marches. A son entrée il présente une vaste ecchymose s'étendant de l'acromion à la partie externe du bras gauche. Mouvements spontanés du bras perdus. On sent nettement une première fracture située au-dessous du tiers moyen. Le fragment inférieur fait saillie en avant et en dehors; crépitation facile à provoquer à ce niveau. Sur le même membre, on trouve une douleur limitée immédiatement au-dessous de l'insertion du deltoïde; quoiqu'il n'y ait aucune saillie anormale à cet endroit, on y détermine une fracture dont la crépitation très-nette et parfaitement distincte de celle de la fracture inférieure dans les mouvements de rotation. A cause du gonflement, on immobilise le membre par des compresses graduées maintenues par trois attelles en bois, l'une antérieure, l'autre interne, l'autre externe,

Au bout de quatre jours, on place un appareil plâtré composé de deux longues atelles recouvrant le membre fracturé et l'épaule du même côté. Trente-cinq jours plus tard on l'enlève et on constate une consolidation parfaite sans déformation et sans position vicieuse du membre. Toutefois, le malade fait passer difficilement les mains derrière le dos, et met avec peine le bras dans la position horizontale.

Obs. CCIV. — *F. double de l'humérus gauche.* — Pepin (Apolloni), trente-neuf ans, garçon de restaurant, entré à l'hôpital le 10 mai 1875. Ce malade est tombé la veille dans un escalier de la hauteur d'un étage à peu près. Dans cette chute, le bras gauche a porté plusieurs fois contre l'arête des marches. A son entrée, malgré une tuméfaction considérable, on trouve une première fracture avec saillie du fragment inférieur en avant

et en dehors, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Crépitation évidente au même niveau. Une seconde fracture à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude, sans déplacement, mais avec une crépitation nettement perceptible. Tous les mouvements du membre sont perdus, et il y a une crépitation manifeste au niveau des deux foyers des fractures. Le jour même de l'entrée du malade, on applique un premier appareil formé de compresses graduées, maintenues par des attelles. Après la disparition du gonflement, on applique un appareil plâtré, après avoir réduit sans difficulté la fracture supérieure. Le malade put quitter l'hôpital au bout de vingt-cinq jours. Les deux fractures étaient complétement consolidées ; il ne restait plus qu'un peu de faiblesse et d'engourdissement du bras.

Peu de temps après l'entrée de ces malades à l'hôpital, nous eûmes l'occasion d'observer en ville deux cas tout à fait semblables.

Le docteur Blav..., tombé la veille dans un escalier de la hauteur de deux marches, s'était fait également une double fracture de l'humérus, l'une au niveau du col chirurgical, la seconde au-dessous de l'insertion du deltoïde. Les symptômes étaient exactement les mêmes que chez le premier malade, sauf l'ecchymose qui, dans ce second cas, était parfaitement localisée au point où siégeait la fracture supérieure. Le traitement et les suites de l'opération furent les mêmes que dans l'observation ci-dessus.

Le second cas analogue s'est présenté chez madame Bl.., femme d'un confrère de province, dont nous ne croyons pas devoir ici rapporter l'observation. La double fracture avait été produite également par une chute dans un escalier. La guérison a été obtenue en cinquante jours. Nous rapportons maintenant plusieurs autres cas de fracture de l'humérus, dans lesquels des accidents analogues aux premiers ont produit des fractures simples siégeant à divers points de l'os.

Obs. CCV. — *F. simple du col chirurgical de l'humérus gauche.* — Person (Nicolas), soixante-quatre ans, entré le 5 août 1874. Ce malade a fait hier une chute dans un escalier, et le moignon de l'épaule a porté sur les marches. Gonflement considérable du moignon de l'épaule et descen-

dant jusqu'à la partie moyenne du bras. Large ecchymose, longue de 5 centimètres, et occupant la partie supérieure de la face externe de l'humérus. Crépitation facile à percevoir, lorsque la main gauche étant appliquée sur le moignon de l'épaule, on imprime avec la main droite de légers mouvements de rotation au bras droit. Douleurs locales très-vives. Gonflement persistant pendant cinq à six jours ; au bout de ce temps l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et immobilisé dans cette position au moyen d'un appareil silicaté. Le malade sort guéri au bout de quarante-cinq jours.

Obs. CCVI. — *F. simple de l'humérus gauche.* — Boudaud (Étienne), cinquante-quatre ans, couvreur, entré le 10 mai 1875. Est tombé hier d'une échelle d'une hauteur de 3 mètres environ. Tuméfaction occupant toute la partie moyenne du bras gauche. Saillie du fragment inférieur en dedans, de telle sorte que les deux fragments forment un angle ouvert en dedans. Déformation très-appréciable. Crépitation facilement obtenue. Mouvements volontaires impossibles. Douleurs excessives pendant les mouvements imprimés au membre. Même traitement que chez le malade précédent. Celui-ci est très-indocile, et fait des mouvements qui déplacent ses appareils. On est obligé de lui en appliquer deux nouveaux. Il quitte sur sa demande le service au bout de trente et un jours avec un appareil silicaté. Au niveau du foyer de la fracture se trouve un col volumineux, auquel on ne remédie pas, dans la crainte de produire une pseudarthrose.

Obs. CCVII. — *F. simple de l'humérus droit.* — Coullecaux (Henri), entré le 22 mai 1874. A fait hier une chute sur le coude. La fracture siége un peu au-dessous de l'insertion supérieure du brachial antérieur. Gonflement considérable au même niveau ; pas de déplacement ; mais crépitation facile à percevoir. Douleur limitée au même point. Immobilisation maintenue au moyen d'un appareil plâtré. L'avant-bras replié à angle aigu sur le bras. Guérison au bout de trente-cinq jours.

Obs. CCVIII. — *F. simple de l'humérus.* — Mauperthuis (Gilbert), vingt-neuf ans, boulanger, entré le 7 janvier 1874. Est tombé hier de sa hauteur sur le coude. Gonflement remontant jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude. Anneau ecchymotique d'une largeur de 2 centimètres au même niveau. Pas de déplacement, mais crépitation très-nette et douleur limitée au même point. Compresses imbibées d'eau blanche. Avant-bras replié à angle droit sur le bras ; celui-ci appliqué contre le thorax, et immobilisé dans cette position par un appareil plâtré. Le malade quitte le service guéri au bout de cinquante-deux jours.

Obs. CCIX. — *F. simple de l'humérus gauche.* — Collet (Augustin), soixante-neuf ans, chiffonnier, entré le 26 mai 1865. Le matin, le malade

est tombé de sa hauteur, et dans sa chute, la partie supérieure du bras a porté contre le bord d'un trottoir. A son entrée, ce malade présente une tuméfaction considérable de tout le moignon de l'épaule. Au même niveau, on voit sur la face externe du bras une large ecchymose. Les deux fragments semblent former un angle très-obtus à sommet postérieur. Les mouvements que l'on imprime au bras se communiquent au fragment supérieur. En mesurant la longueur des deux bras, depuis la saillie de l'acromien jusqu'à l'épicondyle, on trouve un raccourcissement d'un demi-centimètre pour le bras gauche. Douleur limitée au point où siége l'ecchymose. Mouvements volontaires possibles, mais très-douloureux. On diagnostique une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec pénétration des fragments. Pendant deux jours, on applique des compresses résolutives, puis l'avant-bras est fléchi à angle aigu sur le bras; celui-ci est appliqué contre le thorax, et on immobilise le membre dans cette position avec un appareil plâtré. Le malade quitta le service au bout de vingt jours. On l'a revu depuis; la consolidation était complète, et il avait recouvré les mouvements du bras.

Obs. CCX. — *F. par arrachement de l'épitrochlée droite.* — Decrette (François), trente-cinq ans, mécanicien entré à l'hôpital le 8 avril 1875. Est tombé la veille sur le coude, le corps porté en avant, l'avant-bras fléchi sur le bras. A son entrée, il est dans l'état suivant: Membre dans la demi-flexion. Gonflement à quatre travers de doigt au-dessus du pli du coude. Ecchymose localisée vers le sommet de l'épitrochlée. Épitrochlée mobile, séparée du reste de l'os par une petite dépression. Crépitation facile à percevoir. Douleur très-vive au niveau de l'ecchymose. Mouvements de flexion et d'extension très-pénibles. Pronation et supination possibles, mais très-douloureuses. Le membre fut placé dans la demi-flexion, l'épitrochlée rapprochée du corps de l'os, le tout maintenu en place par un appareil plâtré. Le malade quitta le service au bout de six jours avec son appareil, mais il revint, et l'on put constater que la consolidation était complète le vingt-deuxième jour, époque où l'on enleva l'appareil.

Obs. CCXI. — *F. simultanée des deux radius.*— Humbert (François), quatorze ans, sans profession, entré le 8 mars 1875 pour une fracture des deux radius.

En faisant des exercices sur un trapèze, cet enfant a été projeté en avant d'une hauteur de 2 mètres environ. Il est tombé sur la paume des mains, et après l'accident on l'a immédiatement transporté à l'hôpital.

Pas de déformation à droite. A gauche, au contraire, déformation considérable. Douleur au niveau du poignet droit, exagérée notablement par la pression à environ un travers de doigt au-dessus du sommet de

l'apophyse styloïde. Dépression au même niveau. Avant-bras cylindroïde mais n'ayant pas la déformation en dos de fourchette.

Du côté gauche, cette déformation est telle que de prime abord on pense à une luxation du poignet en arrière.

De ce côté les sommets des apophyses styloïdes du radius et du cubitus sont sur le même plan. Vers la face palmaire du poignet, on constate une saillie considérable produite probablement par le fragment supérieur; cependant le bord antérieur de cette surface est assez lisse, autant qu'on peut en juger avec le degré de tension de la peau et des parties molles.

Le poignet est à peu près complétement arrondi. Vers la face dorsale on ne trouve rien qui ressemble à une surface articulaire des os du carpe. Rien du côté du cubitus.

En raison de la rareté des luxations du poignet, de l'élévation de l'apophyse styloïde du radius et la grande facilité de la réduction, on diagnostique une fracture de l'extrémité inférieure du radius, peut-être un décollement épiphysaire.

Après réduction on applique un appareil de contention se composant de deux attelles et de deux compresses graduées. A l'extrémité inférieure de l'attelle palmaire une bande roulée, placée dans la main, est fixée à l'aide de diachylon.

Cette bande est destinée à combler la paume de la main et à faire basculer le poignet vers la face palmaire. L'attelle dorsale ne dépasse pas les os du carpe, et la compresse graduée est doublée au niveau des saillies dorsale et palmaire suivant la méthode de Nélaton.

Vingt et un jours après l'accident, l'appareil est enlevé. On constate alors que la réduction est parfaite. Il est impossible de distinguer à simple vue, et même après examen, l'existence d'une fracture antérieure des radius. Le malade ne souffre pas et remue le poignet comme avant l'accident.

Appareil analogue pour l'autre bras. On l'enleva en même temps, et l'on put constater également une consolidation complète.

Obs. CCXII. — *F. verticale de l'os iliaque droit.* — Pascal (François), dix-neuf ans, entré le 25 avril 1874. Est tombé de la hauteur d'un deuxième étage, et dans sa chute, le côté droit du bassin a porté contre l'arête d'un trottoir.

Il se plaint de vives douleurs dans la hanche et la cuisse droite. Une large ecchymose occupe toute la hanche, s'étend jusque dans la région fessière et le tiers supérieur de la cuisse du même côté. Les mouvements de la cuisse sont douloureux, mais le membre à conservé sa position normale. Il n'y a ni raccourcissement, ni abduction, ni rotation de la pointe du pied. Au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure existe un point plus douloureux que partout ailleurs, si l'on saisit l'os des iles avec une main

placée de chaque côté de ce point et si on lui imprime des mouvements, on détermine une mobilité anormale accompagnée de crépitation. La fracture est verticale sans déplacement, et ne détermine aucun désordre fonctionnel du côté des organes pelviens donnant à penser qu'un d'eux ait pu être lésé.

Repos et immobilisation.

Le malade sort guéri le 30 mai.

Obs. CCXIII. — *F. du fémur droit. Commotion cérébrale. Contusions nombreuses. Mort rapide.* — Manson (Alfred), vingt-cinq ans, cantonnier, entré le 22 mars 1875. S'est jeté volontairement d'une fenêtre du deuxième étage dans la rue, huit heures environ avant qu'on ne l'apporte à l'hôpital, et depuis lors n'a pas recouvré sa connaissance. A son entrée, il est dans le coma. Intelligence absolument perdue; paupières supérieures abaissées. Pupilles dilatées et ne réagissant pas sous l'influence de la lumière. Il n'y aurait eu, ni au moment, ni depuis l'accident, aucun écoulement de sang par les oreilles, la bouche ou les narines. Pas d'ecchymose sous-conjonctivale.

Grosse bosse sanguine sans plaie des téguments à droite de la protubérance externe. P. = 50. Fracture du fémur droit vers le milieu avec léger déplacement du fragment supérieur en dedans. Contusions sur les régions scapulaire et fessière. — (Application d'un sachet de glace sur la tête.) Mort dans la nuit. (L'autopsie n'ayant pu être faite, on ne put constater s'il avait succombé à une simple commotion cérébrale ou à une fracture concomitante de la base du crâne.)

Obs. CCXIV. — *F. de la rotule sans déplacement.* — Humbert (Gustave), vingt-quatre ans, garçon boucher, entré le 11 février 1874. Pendant la nuit, en descendant de voiture, il a glissé sur le marche-pied et malgré les efforts qu'il a faits pour se retenir, il est tombé et n'a pu se relever. Quand on le releva, il ne put marcher.

A son entrée, ce malade présente un gonflement considérable de tout le genou droit avec épanchement. On constate une fracture transversale de la rotule. Les deux segments sont maintenus en place par de nombreuses brides fibreuses, très-sensibles au toucher, mais qui n'empêchent pas la crépitation quand on déplace les fragments dans le sens transversal. La jambe est placée dans une gouttière avec des compresses résolutives pendant trois jours.

16 février. On place le membre sur un double plan incliné, et on rapproche les fragments à l'aide de petits coussinets en caoutchouc que l'on fixe à un appareil plâtré à l'aide de lanières élastiques.

Mais le malade, dont l'état mental est assez mauvais pour avoir néces-

sié son entrée à Bicêtre depuis quelques mois, est loin d'être docile. Il remue continuellement la jambe.

Enfin, le 6 mars, il sort sur sa demande : les fragments sont très-rapprochés, et il peut marcher sans difficulté.

Obs. CCXV. — *F. du tibia compliquée de plaie. Arthrite suppurée du genou. Infection purulente. Mort.* — Bonnet (Émilie), trente-sept ans, entrée le 27 avril 1874. Elle a reçu deux jours auparavant un coup de pied de cheval au-dessous du genou, à trois travers de doigt au-dessous de l'articulation. Le coup a tracé un sillon profond en forme de fer à cheval, intéressant les parties molles, et allant jusqu'au tibia qui a été fracturé en cet endroit et dépouillé de son périoste. On avait fait en ville une réunion immédiate. Comme toutes les parties molles qui environnent la plaie sont rouges, tuméfiées et douloureuses, on enlève les sutures, afin de pouvoir, autant que la chose est possible, combattre les accidents inflammatoires. On trouve alors une fêlure de la partie antérieure du tibia, paraissant s'étendre assez loin sur le corps de l'os. Cataplasmes ; élévation du membre.

1er mai. On constate une arthrite aiguë de l'articulation fémoro-tibiale.

4. Épanchement considérable avec tumeur assez volumineuse sur le côté externe de l'articulation. Gargouillement et emphysème. On se décide à faire passer un drain dans l'articulation, allant du côté interne vers le côté externe, en passant sous la rotule. Il s'écoule du pus et du sang. La veille, la malade avait eu un frisson ayant duré cinq minutes ; T. 39,4.

8. T. 50,4. Anorexie complète. La plaie est blafarde, et il s'écoule par le drain un pus sanieux de mauvaise odeur.

9. T. 40,2,

10. T. 40,4. Même état ; un peu de délire pendant la nuit. Le pus a fusé vers la partie interne de la cuisse jusqu'au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

Incision de la peau au niveau du vaste interne, débridement et passage d'un drain qui vient rejoindre l'orifice de sortie du premier. On ne remarquait rien du côté externe, ni en arrière, grâce à la résistance des aponévroses de ces régions.

Rhum ; sulfate de quinine, 1 gramme. Les frissons reviennent régulièrement.

12. P. = 120. — T. 50°.

13. P. = 156. — T. 40°,6. État général de plus en plus mauvais. La malade ne répond plus aux questions. Face hippocratique ; langue fuligineuse. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on trouva de nombreux abcès métastatiques dans le foie.

Obs. CCXVI. — *F. compliquée de plaie, des deux os de la jambe. Large décollement de la peau au voisinage de la fracture. Érysipèle. Mort.* — Dendiger (Georges), trente ans, entré le 13 novembre 1873. Le matin même une pièce de vin a heurté violemment sa jambe gauche, et a fracturé les deux os à cinq travers de doigt au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale. Au niveau du foyer de la fracture, on voit une plaie assez profonde et de la largeur d'une pièce de 2 francs. Avec le doigt, on trouve au fond de cette plaie une pointe osseuse, probablement l'extrémité d'un fragment. En arrière, à la surface de la saillie du mollet, se voit une seconde plaie n'intéressant que la peau et le tissu sous-cutané; elle est à peu près de même diamètre que la première. On pratique l'occlusion de ces deux plaies au moyen d'un morceau de baudruche collodionnée.

La jambe est placée dans une gouttière en fil métallique, garnie dans toute sa longueur de coussinets d'ouate enveloppés dans du taffetas gommé. On peut ainsi faire des lavages sans soulever le membre, et sans souiller les pièces du pansement.

Pendant six jours, peu de douleurs, appétit et sommeil. Le pouls reste à 86.

19 septembre. Œdème autour de la plaie; la peau devient rouge. Frisson de cinq minutes le soir.

20. Second frisson plus long que celui de la veille. Langue saburrale. Inappétence et insomnie. P = 90.

21. On enlève la baudruche, et on trouve que la plaie est obturée par un caillot dur et résistant. Large décollement de la peau sur toute la partie antérieure et externe de la jambe.

22. Frisson, inappétence. Sulfate de quinine, 1 gramme; rhum, 250 grammes.

23. On passe un tube à drainage entre les deux plaies. Il s'écoule du pus mélangé à du sang. Cataplasmes.

24. Pas de frisson. P = 96.

Même état jusqu'au 1er décembre.

Ce jour-là, céphalalgie, anorexie complète. Ipéca. Le lendemain, la rougeur s'étend à presque toute la jambe.

3. Rougeur très-vive de toute la jambe avec œdème, suppuration abondante. On transporte le malade dans une salle d'isolement.

4. Un peu de délire. Céphalalgie extrêmement violente. P = 100.

6. Mort à quatre heures du matin. L'autopsie n'a pu être faite.

B — Maladies inflammatoires.

Obs. CCXVI. — *Nécrose d'une partie de la paroi externe du sinus maxillaire droit, consécutive à une carie dentaire. Suppuration du*

sinus. Fistule dans le vestibule de bouche. — Extraction des sequestres et lavages de la cavité de l'abcès. — Guérison. — Langrene (Louis), bourrelier, trente-six ans, entré le 22 avril 1874. Homme robuste et bien constitué. Il n'a jamais eu que la petite vérole à vingt-quatre ans. Depuis, aucune maladie, aucun accident syphilitique.

Il y a quatorze ans, à la suite d'un mal de dents, il a vu survenir un gonflement de la joue qui n'a plus disparu. Presque tous les ans, pendant l'hiver, il se forme dans la gencive un abcès précédé de douleurs de dents insupportables. Ces abcès (ne se formant que pendant la saison froide) s'ouvraient seuls et laissaient sortir du pus mélangé à du sang. Jusqu'au moment de l'ouverture, il pouvait à peine ouvrir la bouche et était forcé de manger avec une petite cuiller. Les abcès se sont toujours formés sur le côté droit du maxillaire supérieur; jamais du côté gauche. Depuis quatre ans, il n'avait plus rien vu, si ce n'est le 27 décembre 1873. Il s'est réveillé subitement au milieu de la nuit et a senti que du pus s'écoulait dans sa bouche. Il est resté sans traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital, bien que fortement incommodé par l'odeur de la suppuration. Au moment de son entrée on trouve que le côté droit de la face offre une déformation qui correspond très-exactement au sinus maxillaire. Il y a sur la paroi antérieure de ce sinus une tumeur bien circonscrite qui la la recouvre entièrement depuis plus d'un an. Ce malade est déjà venu dans le service pour une affection semblable du maxillaire supérieur, siégeant du même côté, et, à cette époque on avait trouvé une tumeur située sur la branche montante du maxillaire supérieur droit. A ce moment la première grosse molaire était en pleine carie, les racines, excessivement profondes, venaient se rendre dans une cavité kystique aboutissant à la face externe de l'os. On fit l'extraction de cette dent pour permettre au pus de sortir et l'on conseilla au malade de revenir à la consultation afin de suivre les progrès de l'affection et de pratiquer, si besoin était, une incision longitudinale. Le malade se contentait d'appuyer sur la tumeur qui se vidait et reparaissait ensuite. Il importe aujourd'hui de savoir dans quel état se trouve la tumeur qui lors de la première opération semblait indépendante du sinus et qui paraît actuellement communiquer avec sa cavité.

25 avril. On incise largement la fibro-muqueuse pour voir l'état de l'os. Il est nécessaire de faire une incision assez longue sachant que le pus sort au niveau de la deuxième incisive et que la tumeur fait saillie vers les grosses molaires qui ont été précédemment enlevées. En passant entre l'os et le périoste, il n'y a pas d'artère importante dont on ait à se préoccuper.

On arrive ainsi sur la partie nécrosée du sinus avec lequel la tumeur s'est mise en communication. On extrait les lamelles nécrosées, et on maintient largement ouverte la cavité du sinus. On espère tarir promptement la suppuration.

27. Le malade ne se ressent aucunement des suites de l'opération. Il a passé une très-bonne journée hier, et n'a pas eu de fièvre, n'a pas perdu le sommeil ; mange de bon appétit.

29. État général tout à fait satisfaisant; la suppuration se maintient abondante. On a introduit une mèche dans la cavité, et on fait des injections d'eau alcoolisée.

6 mai. La suppuration a diminué d'une manière appréciable.

15. La suppuration est insignifiante.

18. Le malade quitte le service, mais revient à la consultation jusqu'à sa guérison complète. (A partir du 15 juin, il cesse de revenir à la consultation, la suppuration étant tarie.)

Obs. CCXVII. — *Ostéite du maxillaire supérieur droit. Résection de la portion d'os malade. Guérison.* — Ancourt (Victor), vingt-six ans, doreur, entré le 24 juillet 1874, n'a jamais eu de manifestations strumeuses ou syphilitiques. Ce malade présente du côté droit de la face une saillie s'étendant en haut vers la paroi inférieure de l'orbite, en bas vers l'aile du nez et la lèvre supérieure qu'elle tend à abaisser, comprenant ainsi toute la joue du côté droit. C'est une tumeur du sinus maxillaire. Dans la narine correspondante existe une saillie arrondie, ainsi qué dans l'intérieur de la bouche, sur la ligne médiane de la voûte palatine. Les parois inférieure et interne étant les moins résistantes sont les plus déformées. La paroi buccale offre moins de résistance que les autres à la pression. C'est en cet endroit que s'est ouvert spontanément, il y a trois jours, l'abcès dont le pus suinte continuellement dans la bouche. On trouve de ce côté, à la mâchoire supérieure, quelques racines de dents qui ont occasionné au malade des douleurs et des fluxions fréquentes.

Le début de l'affection remonte à trois ans. Le malade éprouvait dès cette époque une sensation de pesanteur. Dans son développement la tumeur a été de temps en temps le siége d'élancements douloureux. Ces douleurs sont devenues paroxystiques ; elles privent le malade de tout repos pendant la nuit.

La résistance des parois et le volume de la tumeur font penser à une inflammation des parois osseuses ou de la fibro-muqueuse du sinus. C'est pourquoi on se décide à réséquer la partie inférieure du maxillaire.

25 juillet. Le malade étant endormi, nous pratiquons une incision verticale, partant de la racine du nez et descendant jusque sur la lèvre qui est sectionnée, en suivant le dos du nez. Les téguments de la joue sont décollés, au niveau du sillon vestibulaire de la joue ; puis à l'aide d'un davier nous extirpons une incisive, et à l'aide de la forte cisaille que nous avons fait construire dans ce but, nous faisons en deux fois la section de la portion malade du maxillaire.

La fibro-muqueuse du sinus peut ainsi être facilement examinée ; on reconnaît qu'elle n'est pas dégénérée ; mais la paroi externe du sinus est doublée de lamelles osseuses de nouvelle formation.

Dans cette opération, de même que dans toutes celles qui intéressent la cavité buccale, le sang qui s'écoule dans la bouche est absorbé par deux éponges montées que l'on tient continuellement au fond du vestibule pour empêcher le sang de pénétrer dans les voies respiratoires.

La réunion immédiate est faite avec des fils métalliques ; puis nous plaçons un drain dans la cavité du sinus pour permettre le libre écoulement des liquides et nous faisons passer ce drain dans les narines et par l'ouverture normale du sinus dans le méat moyen.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Réaction inflammatoire faible, température et pouls normaux. Rhum. Sulf., quin., 0,50 c.

A l'examen microscopique de l'os enlevé on a trouvé une *ostéite destructive en certains points, et une ostéite formative dominante à l'époque de l'opération* (M. Malassez).

28 juillet. Quelques sutures sont tombées. — On les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.— On laisse en place les dernières : celles qui sont au pourtour de la lèvre et sous les paupières. C'est là, en effet, que la réunion se fera en dernier lieu, les lèvres de la plaie étant sans cesse tiraillées par la contraction des muscles orbiculaires. Lavages par le drain avec de l'eau phéniquée.

L'état général est bon ; la plaie est dans un état assez satisfaisant pour que le 2 août le malade puisse quitter le service.

Obs. CCXVIII. *Abcès froid enkysté siégeant au niveau du col anatomique de l'humérus droit. Ponction. Drainage. Suppuration prolongée. Affaiblissement graduel. Marasme.*

Assezat (Jean), mégissier, cinquante-un ans, entré le 27 mai 1874 dans la salle Saint-Augustin, très-amaigri, et offrant tous les caractères d'une vieillesse anticipée. Habitudes d'intempérance : boit 2 ou 3 litres de vin par jour et quelquefois une notable quantité d'eau-de-vie. Chancre unique il y a 2 ans. Pas de bubons ni de roséole. Néanmoins fut traité par le mercure et l'iodure de potassium. Il y a un an environ il a ressenti dans l'épaule droite, des douleurs légères d'abord, et qui ne l'empêchèrent pas de continuer son travail. Elles s'irradiaient vers la base du cou et dans tout le bras correspondant. Il y a 4 mois elles devinrent intolérables et le malade fut forcé d'abandonner son travail. Il fut traité par les vésicatoires, les applications de teinture d'iode, les douches sulfureuses, et l'iodure de potassium à l'intérieur. Aucune amélioration. Pendant tout ce temps il maigrissait à vue d'œil, l'appétit était pourtant assez bon, mais l'intensité de la douleur le privait de tout repos. Il y a 5 semaines, ap-

parut à la partie supérieure du bras une petite tumeur de la grosseur d'une aveline, très-douloureuse surtout à la pression. Ce petit noyau s'est développé de jour en jour, et a fini par atteindre le volume actuel.

Aujourd'hui (27 mai 1874) on constate que la tumeur est placée entre l'insertion du grand pectoral et le bord interne du deltoïde, et qu'elle paraît s'enfoncer au-dessous de ces deux muscles et les soulever. Elle s'étend en partie dans la direction de la longue portion du biceps jusqu'en avant de l'articulation qui est privée d'une partie de ses mouvements spontanés. L'élévation, l'adduction, l'abduction complètes du bras sont impossibles. Les mouvements provoqués sont limités et très-douloureux. La consistance de la tumeur n'est pas très-nette. Elle paraît pourtant liquide, mais il semble qu'il y ait une collection renfermée dans un poche kystique très-distendue. Il est difficile d'isoler la tumeur de l'articulation. Toutes les autres articulations sont saines.

30 mai. On ponctionne la tumeur, et il en sort un pus assez épais non sanguinolent. Le stylet fait reconnaître l'existence d'une poche qui ne paraît pas communiquer avec l'articulation. Le col de l'os est dénudé en un point très-circonscrit. On se contente de passer un tube à drainage pour faire ensuite des injections iodées. Traitement général reconstituant.

31. A été pris de fièvre dans la soirée d'hier. P = 95. A cependant un peu reposé cette nuit.

1er juin. A passé une journée assez bonne. Ne souffre pas trop dans l'épaule. Pas de frisson. Nuit également bonne. Peau moite. P = 90. Pas d'appétit.

3. Peau chaude. Fièvre le soir de quatre à sept heures sans frisson. P = 90. Dort peu.

7. La suppuration est toujours abondante. Les douleurs de l'épaule sont vives, et le malade ne peut lever le bras. L'articulation scapulo-humérale paraît déformée.

10. Même état. Alimentation fortifiante.

16. Souffre beaucoup surtout la nuit dans tout le bras. Les douleurs s'irradient vers l'épaule et le cou, et le privent de sommeil. Mange très-peu. La suppuration ne diminue pas.

21. Pas d'amélioration.

28. Mouvements de l'articulation toujours très-douloureux. Suppuration un peu moindre.

2 juillet. Douleurs moins vives.

6. A dormi cette nuit pour la première fois depuis huit jours, mais les mouvements spontanés du bras sont toujours impossibles. L'inappétence persiste. Peu de fièvre ; pas de frisson le soir. P = 85 (petit). Peau chaude.

10. Souffre beaucoup de l'épaule qu'il ne peut remuer. P = 86. Il

semble qu'il se fait une nouvelle poussée inflammatoire vers l'articulation. Vésicatoire volant.

14. Nouvelle application d'un large vésicatoire qui embrasse toute l'étendue de l'articulation. Inappétence complète.

17. La douleur s'est étendue à la région de l'omoplate. P = 96. Langue d'un rouge vif.

Du 17 juillet au 4 septembre. L'état du malade est resté sensiblement le même. Douleurs locales assez vives exagérées par la pression et les mouvements. L'articulation augmente de volume de temps en temps sous l'influence de poussées inflammatoires. Comme le malade se nourrit mal et ne peut dormir, il a perdu ses forces. Il s'est toujours fait par le tube à drainage un écoulement séro-purulent de mauvaise odeur.

16 septembre. Depuis deux ou trois jours, le malade a eu le délire pendant la nuit. Il se plaint de souffrir plus que précédemment dans l'épaule ; il y a même de l'hyperesthésie des régions voisines avec quelques douleurs dans l'épaule de l'autre côté. La peau est chaude.

17. Dix heures. La langue est sèche, la soif vive. Vésicatoire. A eu hier soir et dans l'après-midi plusieurs frissons assez violents. Les douleurs sont fortes. L'épaule est chaude, rouge et très-sensible à la pression. Le liquide qui s'écoule présente une odeur très-forte. P = 90. La peau est chaude.

18. Le malade est transporté chez lui, sur la demande expresse de sa femme.

Obs. CCXIX. — *Carie du sacrum. Trajets fistuleux au voisinage de l'anus. Lavages avec la teinture d'iode. Amélioration.* — Bocheron (Eugénie), lingère, quarante-six ans, entrée le 29 mai 1874. Depuis le mois d'août 1873, elle est entrée, à quatre reprises, dans le service, et y est restée chaque fois près d'un mois. Il y a vingt ans environ, qu'elle eut pour la première fois un abcès qui s'ouvrit spontanément à droite, et tout près de l'orifice anal avec lequel il était en communication. Il lui resta dès lors une fistule à l'anus, pour laquelle elle subit une opération il y a douze ans. La guérison n'en fut pas complète, et depuis il s'est toujours écoulé un peu de pus par l'anus.

Au mois de juin 1871, un second abcès isolé s'ouvrit à gauche dans le rectum à 5 centimètres de l'anus; il laisse sourdre, aujourd'hui encore, beaucoup de pus.

A droite de la pointe du coccyx est un autre orifice fistuleux, laissé là par un abcès. En enfonçant le stylet dans la fistule la plus élevée, on pénètre jusque vers le sommet du sacrum qui est dénudé. Toutes les fistules communiquent entre elles. Quand on pratique une injection, le liquide sort en effet par tous les orifices, et même par l'anus.

Chaque jour, injections iodées; purgatifs fréquents pour combattre la constipation opiniâtre dont se plaint la malade.

Au bout d'un mois, l'orifice inférieur se fermait, et l'écoulement diminuait au point de n'être plus qu'un simple suintement. Alors la malade quitta le service sur sa demande pour aller en convalescence au Vésinet.

Obs. CCXX. — *Ostéite suppurée de la malléole externe gauche. Abcès sous-périostique. Évacuation de l'abcès. Trépanation de la malléole. Guérison.* — Testu (Barthélemy), trente ans, entré le 14 septembre 1874 pour une affection de la partie inférieure de la jambe gauche. A quatorze ans, ce malade vit, sans cause connue, son pied se gonfler et devenir le siége de violentes douleurs exagérées pendant les mouvements. Un mois plus tard, il se forma au même point un abcès assez volumineux qui s'ouvrit spontanément et donna issue à plusieurs séquestres. Après quelques mois il ne resta plus que deux fistules au niveau de la base des malléoles; il s'en écoulait un liquide roussâtre. Elles se fermèrent au bout d'un an, et depuis lors le malade n'éprouva à ce niveau que quelques douleurs revenant à des intervalles irréguliers. Il y a deux mois apparurent du gonflement et de la rougeur des téguments du pied, puis des douleurs sourdes. A son entrée dans le service, on trouve au niveau de la malléole externe d'anciennes cicatrices adhérentes comme les cicatrices osseuses. Les douleurs se font sentir sur toute la longueur du tibia, mais surtout à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont possibles, mais très-douloureux. Huit jours après l'entrée du malade dans le service, les douleurs redoublent, et on voit survenir de l'œdème péri-articulaire surtout vers la face antéro-externe du cou de pied. Un peu de fièvre. P = 90.

23 septembre. Les téguments qui recouvrent la malléole sont rouges, chauds. La tumeur qui les soulève est fluctuante à son centre. On pratique une incision cruciale de la peau pénétrant jusque sur l'os, puis on applique une petite couronne de trépan. La couche périostique est extrêmement dense. (La couronne de trépan fut pratiquée au-dessus de l'abcès pour éviter l'articulation). On arrive ainsi jusqu'à la lame compacte du côté interne.

La suppuration est entretenue jusqu'au mois de novembre à l'aide d'une mèche de charpie profondément introduite. Le malade est en même temps soumis à un traitement général reconstituant. Pendant les quinze jours qui suivent l'opération, le pouls ne dépasse pas 90. L'appétit et le sommeil sont conservés.

20 octobre. L'œdème a complétement disparu. La plaie est recouverte de bourgeons charnus. La suppuration se tarit.

1er novembre. Le malade peut faire quelques mouvements sans trop de douleur dans l'articulation tibio-tarsienne. La plaie est complétement fer-

mée. La marche est possible, le malade quitte le service pour aller à Vincennes.

25. Le malade rentre dans le service pour un petit abcès qui s'est fait à l'angle inférieur de la cicatrice. Évacuation du pus. Mèche de charpie dans le foyer. Guérison complète au bout de trois semaines.

C. — TUMEURS.

Obs. CCXXI. — *Cancer secondaire des os du crâne consécutif à la dégénérescence cancéreuse de kystes sébacés multiples du cuir chevelu. Trépanation. Hémiplégie gauche, sept semaines après l'opération. Mort. Autopsie : méningite purulente du côté droit.* — Delcourt (Cécile), soixante-deux ans, sans profession, entrée le 23 février 1874. Affaiblie et fatiguée, mais dit n'avoir jamais été malade antérieurement.

Vers l'âge de douze ans, elle a vu apparaître, sur la partie supérieure et médiane du temporal, de petites tumeurs dures, ni douloureuses, ni fluctuantes, et qui sont toujours restées dans le même état sans s'ulcérer ni se ramollir; ces tumeurs, qui n'étaient pas autre chose que des kystes sébacés, ont atteint peu à peu le volume qu'elles ont aujourd'hui.

Sur le côté droit de la tête, il en existe une plus volumineuse que chacune des autres. Elle a la grosseur d'un œuf de pigeon, et a été ouverte accidentellement par une pointe de fer très-aiguë. Il en serait sorti seulement du sang. La plaie a disparu en quelques jours et n'a laissé qu'une petite cicatrice.

Une de ces tumeurs s'est ramollie et ouverte spontanément le lundi 20 mai 1871, alors que la malade avait un érysipèle.

Il en est sorti une substance semi-liquide que la malade compare à de la purée de marrons. Une autre tumeur voisine s'est ouverte peu de temps après et a disparu; la malade pour hâter la cicatrisation a employé la pommade du Bossu. Il y a dix mois la suppuration à commencé à s'établir régulièrement par l'orifice resté fistuleux.

Dans ces derniers temps, la malade éprouvait dans les deux régions sus-orbitaires des douleurs tellement violentes qu'elle s'est enfin décidée à entrer à l'hôpital.

L'état général est satisfaisant, bien que depuis deux ou trois mois elle n'ait pu dormir, à cause de la céphalalgie qui revenait surtout la nuit.

On voit par places, sur la région crânienne, de petites tumeurs dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf de pigeon; les unes caractérisées par leur mobilité sur les parties profondes; les autres adhérentes par des cicatrices laissées là par d'autres kystes qui ont suppuré.

Sur la partie supérieure de la région occipitale existe une vaste ulcération qui tranche sur les autres par son aspect blafard, grisâtre, ses bords recouverts de croûtes desséchées. Elle est régulièrement arrondie, du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, elle intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose épicrânienne, le périoste et la table externe de l'os. Le fond semble formé par la table interne. Au centre on trouve une portion d'os mobile. En la comprimant légèrement par le sommet, elle semble fuir sous le stylet et éprouver une sorte de mouvement de bascule. Cette ulcération est couverte de bourgeons charuus. La peau est déchiquetée, les bords sont renversés et indurés. Nous sommes donc en présence de kyste sébacé en pleine dégénérescence cancéreuse. Le tissu de mauvaise nature a envahi secondairement les os du crâne et probablement la dure-mère, de sorte que, malgré le danger qu'elle présente, l'ablation de la tumeur est résolue.

28 février. Après avoir chloroformé la malade, on applique autour de la portion d'os malade dix couronnes de trépan de manière à la circonscrire entièrement, on fait ensuite sauter avec le davier les ponts intermédiaires et la dure-mère se trouve à découvert dans toute l'étendue d'un cercle de 6 centimètres de diamètre. Pansement avec des compresses légèrement imbibées d'une solution étendue d'alcool phéniqué dans l'eau froide.

1er mars. N'a pas dormi daus la nuit; la fièvre est peu intense. La langue est sèche, blanche et rouge sur les bords. A eu un vomissement bilieux qui résulte probablement de l'absorption du chloroforme.

2. P=70. L'aspect extérieur est bon; pas d'appétit, n'a pu dormir, bien qu'elle eût prit une pilule d'extrait thébaïque, les douleurs de tête sont moins fortes. La plaie suppure un peu.

5. Se plaint toujours de céphalalgie frontale; a la langue blanche. P = 60. Eau de Sedlitz, 1 verre; chloral 2 grammes.

6. N'a pris sa purgation qu'hier soir; a ressenti de fortes coliques qui l'ont empêchée de dormir. P = 68. Les douleurs de tête ont sensible ment diminué; le pus exhale une odeur fétide.

Même traitement.

10. L'état général de la malade est satisfaisant; la plaie a très-bon aspect; la dure-mère est recouverte de bourgeons charnus. La malade se plaint toujours de douleurs de tête. Elle a bon appétit.

17. La plaie va très-bien. L'état général se maintient bon; elle s'est levée un peu hier; mais elle a eu du vertige.

27. Hier quelques parties osseuses nécrosées se sont détachées vers le bord inférieur de la plaie.

1er avril. Les douleurs de tête sont très-tenaces, et fatiguent beaucoup la malade. Bromure de potassium 3 gr.

3. A pris hier une purgation et se sent mieux aujourd'hui.

5. Même état; hier pas de fièvre; mais a peu d'appétit.

8. La malade se plaint toujours de la céphalalgie qui ne lui laisse pas un moment de repos.

13. Continue de prendre le bromure dans la journée, et le chloral le soir.

17. A eu un peu de délire dans la soirée précédente. Dans la nuit de graves accidents se sont produits. Le matin, hémiplégie gauche, avec hémianesthésie du même côté. Rien de particulier à droite. La plaie est devenue saillante comme si elle eût été repoussée par une collection purulente sous-jacente. On fait deux ponctions avec le bistouri, elles ne donnent que du sang. L'aspect de la plaie est moins satisfaisant; elle est plus sèche et plus terne que d'usage. P = 98 irrégulier, alternativement petit et dur, ou large et développé.

19. Mort à huit heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. On incise d'abord les téguments autour de la plaie, puis, le crâne étant mis à nu par les procédés ordinaires, on détache par un trait de scie la calotte crânienne et on l'enlève.

La partie centrale de la plaie qui, pendant la vie, se distinguait par son moindre relief et la moindre vigueur des bourgeons charnus reste adhérente aux méninges (1).

La boîte osseuse est normale quoique assez épaisse. La perte de substance qui correspond à la rondelle osseuse enlevée est irrégulièrement circulaire, à bords festonnés, et présente 6 à 7 centimètres de diamètre dans tous les sens. Ces bords érodés et amincis ont donné naissance à de vigoureux bourgeons charnus qui ferment la partie périphérique de la plaie. Cette perte de substance est située presque entièrement à droite et ne dépasse la ligne médiane à gauche que d'un centimètre à peine.

L'incision de la dure-mère donne issue à une certaine quantité de pus. Cette membrane est, dans toute l'étendue qui correspond à la peau, transformée en un tissu bourgeonnant qui comprend aussi les autres méninges, et est étroitement appliqué sur la substance cérébrale. La dure-mère enlevée, on trouve la plus grande partie de l'hémisphère cérébral droit recouvert par du pus qui forme une nappe surtout marquée en avant au niveau du lobe frontal, et contourne la perte de substance pour aller former une seconde collection en arrière infiltrée çà et là dans l'espace sous-arachnoïdien. Les circonvolutions paraissent aplaties et portent des traces manifestes de la compression qui a, dans les derniers jours de la vie, donné lieu aux phénomènes hémiplégiques observés. Mais au niveau

(1) La relation de l'autopsie a été faite par M. Exchaquet, alors interne du service.

de la plaie, il n'existe pas de pus. Sur certains points, on trouve des traces manifestes d'encéphalite; la surface des circonvolutions est rouge, adhérente à la pie-mère, et présente des exulcérations assez étendues. En enlevant la pie-mère, on voit que sur ces points la substance cérébrale ramollie; mais cette altération ne dépasse pas la substance grise.

Les coupes pratiquées sur le reste du cerveau ne montrent aucune altération, ni de la substance cérébrale, ni des ventricules, ni des méninges du côté droit.

Obs. CCXXII, — *Exostose ostéo-cartilagineuse du musculaire supérieur. Ablation. Guérison.* — Tavant (Morie), trente-huit ans, entrée le 2 octobre 1874, pour une tumeur de la mâchoire supérieure.

Il y a environ 10 mois, elle a vu apparaître une tumeur sur le bord inférieur du maxillaire inférieure et du côté gauche. Depuis trois mois surtout, elle a augmenté sensiblement de volume, mais n'est pas devenue douloureuse. Au moment de son entrée, on peut constater la présence d'une tumeur manifestement adhérente au maxillaire. Les parties molles environnantes ne sont ni adhérentes, ni enflammées. La tumeur a le volume d'une grosse noisette, elle n'est ni fluctuante, ni soulevée par des battements. Toutes les dents placées au-dessus de la tumeur sont saines. La malade n'a jamais eu de manifestations syphilitiques. Les ganglions sont absolument sains.

17 octobre. On incise la peau, et avec le doigt on reçonnaît que la tumeur à une consistance inégale, qu'elle est bosselée à sa surface, qu'elle adhère à l'os par un pédicule assez large. On fait la section du pédicule avec la pince de Liston. Après l'ablation, on voit que la partie superficielle de la tumeur est formée de cartilage, et qu'elle offre des bosselures trop peu saillantes pour qu'elles pussent être senties lorsque la tumeur était en place.

18. N'a pu dormir à cause des douleurs dans la moitié gauche de la tète. P = 90. Langue blanchâtre. Peau sèche.

19. Pas d'appétit. Fièvre dans la journée. La douleur continue. P = 96.

21. Amélioration. A pris avec plaisir un peu de bouillon. Céphalalgie moins intense, a pu dormir deux heures environs pendant la nuit. P = 88. La cicatrisation commence.

24. L'appétit revient. Ptus de fièvre. Pas de maux de tête. La plaie se comble.

26. La cicatrisation est presque complète et la malade quitte le service sur sa demande.

Obs. CCXXIII. — *Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité inférieure du fémur droit. Faiblesses et douleurs intenses dans la jambe*

du même côté. Ablation de la tumeur. Guérison. — Féron (Henry), seize ans, entré le 16 octobre 1874.

Il y a un an, ce jeune homme vit apparaître à la partie inférieure et interne du fémur droit une petite tumeur. Peu à peu elle augmenta de volume, et amena un cortége de symptômes qui décidèrent le malade à entrer à l'hôpital Lariboisière, d'où il sortait quelques semaines plus tard dans le même état. Il se plaignait d'une faiblesse de toute la jambe, accompagnée d'engourdissements, de fourmillements et d'une douleur parfois très-vive pendant le jour, comme pendant la nuit. Ces douleurs devinrent tellement vives pendant ces derniers temps qu'il se décida à entrer de nouveau à l'hôpital.

A la partie inférieure et interne du fémur droit, immédiatement au-dessus du condyle interne, se trouve une tumeur du volume d'un petit œuf, dure, adhérente à l'os, soulevant les parties molles qui semblent libres au-dessus d'elle. La peau a conservé sa couleur et sa température normales. Au toucher, on circonscrit assez facilement la tumeur; elle présente une extrémité libre renflée en massue, supportée par un pédicule plus mince qui vient s'implanter sur le corps du fémur, tout près de son extrémité articulaire. Rien sur aucun autre os. Les douleurs étant intolérables, on se décide à faire l'ablation (voy. pour plus de détails, sur la conduite suivie en pareils cas par M. Péan, la 9e leçon, 1re partie de cet ouvrage).

24 octobre. Le malade est endormi par le chloroforme, puis on fait la compression suivant la méthode d'Esmarch.

Incision mettant à découvert une coque fibroïde vasculaire, mais très-dure, qui enveloppe la tête de la tumeur; puis, au-dessous, une synoviale de nouvelle formation correspondant à toute la surface de la tumeur.

Celle-ci est implantée sur l'os par un long pédicule, et se dirige de haut en bas et d'avant en arrière. Elle est facilement énucléée avec le doigt; on reconnaît qu'elle est cartilagineuse jusque dans une partie de sa base. On profite de sa mollesse pour la détacher complétement du fémur, tout en pénétrant peu profondément du côté de l'os vers la partie inférieure, de crainte d'intéresser l'articulation.

La masse de la tumeur est formée en partie de tissu cartilagineux et en partie de tissu osseux raréfié; elle est lobulée à sa surface, et rappelle l'aspect d'un chou-fleur.

On met une mèche dans la plaie, et on applique un appareil ouaté. Le malade ne ressent aucune suite fâcheuse de cette opération. Sa santé générale reste excellente; il ne perd ni l'appétit, ni le sommeil. Pas le moindre accident du côté de l'articulation.

Au bout de cinq jours, le premier appareil ouaté s'étant relâché, on en applique un second qui est laissé en place pendant quinze jours. Au bout

de ce temps, on trouve la plaie rosée, couverte de bourgeons, et notablement diminuée de grandeur ; depuis lors, pansement à ciel ouvert.

23 novembre. — Il ne reste plus qu'un petit orifice donnant passage à quelques gouttelettes de pus, au centre de la plaie ; on en cautérise le pourtour avec le crayon de nitrate d'argent. Le malade se lève, peut marcher depuis plusieurs jours.

28. La plaie étant complétement fermée, le malade est désigné pour Vincennes. Inutile d'ajouter que la douleur, l'engourdissement et la faiblesse du membre avaient disparu avec l'exostose.

Obs. CCXXIV.—*Exostose volumineuse du col du fémur gauche. Troubles graves dans la circulation et l'innervation de tout le membre inférieur correspondant. Ablation. Septicémie. Mort.* — Bescherel (Alexandrine), vingt-sept ans, entrée le 15 janvier 1874 pour une tumeur siégeant à la cuisse gauche.

Il y a sept ans, ulcération de la grande lèvre gauche traitée dans le service de M. Alphonse Guérin. La malade lui attribuait une origine traumatique, mais on porta le diagnostic de chancre infectant. Elle eut à la même époque, quinze jours après son entrée à l'hôpital, un bubon qui se ramollit et suppura.

Elle n'aurait eu ni roséole, ni plaques muqueuses, ni laryngites ; elle n'a pas perdu ses cheveux.

Il y a deux ans, la malade remarqua, sur le face interne de la cuisse gauche, au niveau du bord externe du triangle de scarpa, une plaque ecchymatique très-foncée, ayant une longueur de 4 centimètres environ.

En même temps survint une augmentation de tout le membre au même niveau. Il n'y avait aucune douleur, mais la jambe gauche se fatiguait plus vite que la droite. Il y a un mois environ, la malade ressentit dans le genou et dans l'aine, des picotements d'abord, puis des douleurs s'irradiant dans toute la cuisse et dans l'abdomen. Elles amenèrent bientôt de la claudication, puis la marche devint complétement impossible.

Au moment de l'entrée de la malade on trouve, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, à un centimètre en dedans du bord interne du couturier, une tumeur dure, bosselée, immobile sur les parties profondes. Elle est nettement bilobée et présente le volume d'une tête de fœtus. Elle se prolonge sous le couturier et le soulève. Elle est immobile sur le fémur et ne paraît pas en communication avec le bassin. Lorsque l'on place les deux mains transversalement de chaque côte de cette tumeur, on sent une fluctuation évidente. On voit en même temps qu'elle est en partie solide et d'une dureté comparable à celle de l'os. Il est assez difficile de se rendre un compte exact de ses rapports avec les couches sous-jacentes. Les mouvements du membre sont restés libres et l'articulation coxo-fémorale est intacte.

La tumeur a déformé la région et comblé en partie le creux inguino-crural.

Douleurs vives dans la cuisse et la jambe. La température du pied gauche est un peu moins élevée que celle du pied droit. Un peu d'œdème péri-malléolaire. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne peuvent être sentis. Iodure de potassium, 4 grammes par jour.

25 février. La tumeur n'a pas diminué. Les douleurs sont devenues de plus en plus vives. Une petite ulcération se montre à l'extrémité antérieure du gros orteil. On se décide à enlever la tumeur.

On fait une incision parallèle au bord interne du muscle couturier, puis on prend les plus grandes précautions pour éviter le paquet vasculo-nerveux du voisinage. (Voir pour la description de l'opération, première partie, neuvième leçon.)

On se trouve en présence d'une exostose implantée sur le fémur par un pédicule assez étroit, et recouverte à sa surface d'une bourse séreuse. Avec la scie à chaîne on fait la section du pédicule. La tumeur enlevée a le volume d'une mandarine, elle est complétement osseuse.

17. P = 108. Sulf. quinine, 1 gramme. La malade est dans un état satisfaisant. Suppuration normale.

18. Même état. Soif très-vive. Pas de frisson.

19. Badigeonnage de la plaie avec le nitrate acide de mercure. La malade ne peut plus supporter le sulfate de quinine. Lavements avec de l'extrait de quinquina.

20. Même état. Langue sèche. P=144. La plaie est touchée avec l'acide nutrique pur. Sulf. quinine, 2 grammes. Rhum, 200 grammes. La malade a un premier frisson le soir.

21. La malade se tourmente. Face anxieuse. A eu ce matin un frisson qui a duré cinq minutes. P=148. Sulf. quinine, 2 grammes. Rhum, 300.

22. P = 148. Même état. Mort dans la nuit.

A l'autopsie, on n'a trouvé d'abcès métastique dans aucun organe. L'implantation de la tumeur se trouvait sur la limite du col, en dedans du grand trochanter.

Obs. CCXXV — *Tumeur de la tête du péroné, probablement ostéo-cartilagineuse. Douleur, trouble de sensibilité et de nutrition. Ignipuncture, disparition de la douleur.* — Morer (Joseph), vingt ans, entré le 9 janvier 1874. Depuis l'âge de sept ans, il a remarqué, près de la tête du péroné gauche, une tumeur de la grosseur d'une noisette qui l'a toujours fait beaucoup souffrir.

Jusqu'à dix-huit ans, la tumeur resta dans le même état, mais elle devenait très-douloureuse à des intervalles irréguliers. A cette époque, les douleurs cessèrent complétement pendant un an, et il put servir comme garçon marchand de vin ; depuis lors les douleurs sont revenues tellement fortes,

que la marche a été impossible sans l'aide d'une béquille ou d'un bâton. Il se décide alors à entrer à l'hôpital.

La tumeur est située juste au niveau de la tête du péroné et y adhère; elle offre le volume d'une petite châtaigne. Lisse à la surface, elle est uniformément dure comme osseuse, n'est pas pédiculée, mais paraît intéresser le péroné dans sa totalité, et s'enfoncer jusqu'au-dessous du jambier antérieur. Une pression, même légère, paraît occasionner de vives douleurs, et arrache des cris au malade, qui est, à vrai dire, très-pusillanime. Ces douleurs s'irradient sur toute la face externe de la jambe jusqu'au-dessus de la malléole. La peau qui la recouvre a gardé sa couleur et sa température normales; elle glisse dessus, et ne présente aucune vascularité. Les mouvements ne sont pas douloureux, mais la station verticale est très-pénible, surtout quand le malade s'appuie de ce côté. La sensibilité est notablement diminuée, surtout sur la face antéro-externe de la jambe. Celle-ci est diminuée de volume; mesurée au milieu de la partie moyenne du mollet, sa circonférence présente $0^{m},02$ de moins que celle de l'autre côté. Les muscles du pied sont grêles, peu développés; la première phalange des orteils fléchie sur la seconde; cependant on ne trouve nulle part d'ulcérations ni de taches ecchymotiques. Rien sur aucun autre point du squelette; rien dans les poumons, ni dans le système lymphatique.

Traitement général reconstituant; badigeonnage avec la teinture d'iode. Pendant deux mois, la tumeur garde le même volume, et les douleurs restent les mêmes. Iodure de potassium sans plus de changement.

Au mois de juillet, ignipuncture, et compression avec de la ouate. La tumeur a gardé le volume qu'elle avait lors de l'entrée du malade. Les douleurs ont cependant disparu. Ce malade quitte le service le 17 octobre.

Obs. CCXXV. — *Hydropisie enkystée du sinus maxillaire gauche. Ponction, drainage, lavages iodés. Guérison complète au bout de quatre mois.* — Dalphine (François), trente ans, garçon marchand de vin, entré le 27 novembre 1874. Ce malade s'est aperçu, il y a quatre ans, d'un gonflement de la joue gauche resté stationnaire depuis lors. Il y a trois mois, ce gonflement a pris une marche très-rapide. Sa santé générale est assez bonne. Le malade se plaint pourtant d'un eczéma de la main droite et d'une spermatorrhée remontant à deux ans.

Aujourd'hui on trouve une tumeur du maxillaire supérieur gauche, avec déformation peu apparente à l'extérieur. Le sillon palpébral est conservé; la saillie existe plutôt du côté du nez et de la voûte palatine La paroi interne du sinus offre une saillie, à travers laquelle on peut percevoir difficilement, il est vrai, de la fluctuation. Le bord alvéolaire correspondant présente des dents en très-mauvais état. La petite molaire est cariée; les grosses ont été arrachées. La cloison du nez est rejetée un peu du côté opposé à la tumeur. Pas de ganglions engorgés dans le voisinage.

28 novembre. On pratique une incision transversale au niveau du vestibule de la bouche, et allant directement dans le sinus maxillaire ; il en sort un liquide très-chargé de cholestérine. Le doigt, introduit par l'incision, permet de reconnaître une hydropisie simple, sans parois kystiques, contrairement à l'opinion émise par Giraldès. (Voy. Nélaton, *Path. chirurg.*, t. III, fasc. I.)

Par l'incision fut introduit un tube double qui traversa la cavité du sinus, et sortit par le nez et la bouche juste au-dessous de la lèvre supérieure. Ce tube servit à faire des lavages iodés. Pendant huit jours, le malade ne put prendre que des bouillons et potages ; dès cette époque, on voyait la tumeur sensiblement diminuer. Le drain et les lavages iodés furent maintenus pendant deux mois. Au mois de mars, le malade ne présentait plus aucune déformation appréciable. Il ne restait qu'une suppuration insignifiante, et, le 27 mars, le malade reprenait ses habitudes ordinaires. A la fin d'avril, nous avons eu occasion de le revoir ; il n'existait plus aucune trace de tumeur, ni de suppuration. L'incision première seule était incomplétement fermée.

Obs. CCXXVI. — *Hydropisie enkystée du sinus maxillaire droit. Ponction. Drainage, lavages à l'eau phéniquée. Guérison au bout d'un mois.* — Rigollot (Isidore), cinquante et un ans, entré le 3 juillet 1874, a depuis cinq semaines une tumeur du maxillaire supérieur droit. Il a eu de nombreuses fluxions dentaires de ce côté. Le sillon naso-jugal est déformé. Toute la région de l'os malaire est le siége d'un gonflement appréciable à la vue. La voûte palatine présente aussi à l'intérieur une saillie très-sensible. La paroi supérieure paraît saine. Pas d'exophthalmie. La tumeur est donc limitée à la paroi inférieure, interne et externe du sinus. De ce côté, le malade ne présente qu'une racine de dent qui semble sans importance. La tumeur est fluctuante ; ni la peau, ni la muqueuse ne présentent de coloration bien marquée. La tumeur est incisée transversalement par le vestibule de la bouche au-dessus de la canine ; il s'écoule immédiatement un liquide citrin foncé, contenant une certaine quantité de cholestérine ; on peut même recueillir sur la palette quelques cristaux assez volumineux. Le petit doigt introduit par la plaie permet d'explorer le sinus et sa muqueuse. On ne découvre aucune trace de petits kystes ; c'est bien à une hydropisie du sinus que l'on a affaire.

Un drain introduit par la plaie d'ouverture permet de faire des lavages à l'eau phéniquée dans le sinus. Le malade peut quitter le service dans les premiers jours d'août.

Le 17, il revient à la consultation. La tumeur a disparu. Les lavages avaient même été abandonnés avant l'époque jusqu'à laquelle on lui avait conseillé de les faire.

Obs. CCXXVII. — *Sarcome myéloïde et ossifiant érectile (tumeur à myéloplaxes) du maxillaire inférieur. Résection de l'os. Affection organique du cœur ancienne. Embolie. Apoplexie pulmonaire. Mort.* — Lambert (Georges), seize ans, sans profession, entre le 27 mars 1874. Porte sur la mâchoire supérieure une tumeur, qui a débuté il y a six à huit mois et l'empêche aujourd'hui de se nourrir. Saillante au dehors, elle est limitée en arrière à l'angle gauche de la mâchoire, au voisinage des grosses molaires, arrive vers la ligne médiane, qu'elle déborde un peu jusque vers la canine du côté droit; occupe plutôt l'os que la gencive, circonstance ordinaire des tumeurs dites à myéloplaxes. Le bruit de parchemin fait défaut. Du côté de la muqueuse, le tissu est rougeâtre, violacé. La tumeur n'adhère pas au périoste; elle est interstitielle, a envahi la totalité de la mâchoire et passe de l'autre côté, de telle sorte que, si l'on se contentait de l'énucléer, on conserverait toutes les chances d'une récidive. L'ablation est donc une nécessité.

10 avril. On place des éponges dans l'arrière-bouche, afin d'éviter que le sang ne tombe dans le larynx, et comme c'est toujours une difficulté d'enlever les parties osseuses qui donnent attache aux muscles génio-hyoïdiens, parce que la langue privée de son point d'appui antérieur tend à s'échapper en arrière et que le malade a de la tendance à l'avaler, si l'on peut s'exprimer de la sorte; nous nous proposons de finir l'opération par cette ablation. L'incision faite au niveau du bord supérieur de la mâchoire, pour dissimuler le plus possible la cicatrice, la tumeur est mise à nu. Les vaisseaux qui donnent le plus de sang ayant été obturés par des pinces hémostatiques, nous sectionnons le corps du maxillaire à l'union avec les branches montantes des deux côtés, au moyen d'une très-grande pince de Liston, construite pour la circonstance. Comme la branche montante n'est pas intéressée, on la ménage. Les vaisseaux sont un peu hypertrophiés; la tumeur est elle-même très-vasculaire (c'est ce qui avait fait donner à ces sortes de tumeurs le nom d'*anévrysmes des os*). L'os est altéré dans sa texture; il a cette porosité extraordinaire qui est de règle dans les tumeurs à myéloplaxes.

Examen de la tumeur. — Elle a le volume d'un œuf de dinde. La portion la plus superficielle est recouverte d'une lame osseuse, mince, se coupant avec le scalpel. Sa coloration est rouge franche, avec des zones irrégulières grises.

Le diagnostic histologique porté fut le suivant :

Sarcome myéloïde et ossifiant érectile (M. Ranvier) (tumeur à myéloplaxes de Robin et Nélaton).

12 avril. A peu reposé cette nuit; a eu de la fièvre; la peau est chaude. P = 110.

13. Quelques frissons dans l'après-midi et pendant la nuit. L'appé-



tit est nul; la langue est blanche; la peau chaude; le pouls dur et fréquent. P = 120. Ne souffre pas de la plaie.

15. A bien dormi cette nuit; ne paraît pas trop fatigué de l'opération; a pris de bon appétit quelques bouillons, potages, des boissons stimulantes. P = 110. Peau modérément chaude; n'a eu ni fièvre ni frisson; se plaint de céphalalgie.

17. Délire cette nuit. P = 120. Avale maintenant avec plus de facilité; même alimentation. La céphalalgie n'a pas diminué; il est survenu un peu de gonflement siégeant à la partie supérieure de la plaie.

19. Peau chaude. P = 120. A déliré cette nuit. Le gonflement a gagné la paupière inférieure; l'œil paraît enfoncé au milieu des tissus tuméfiés. Mange de bon appétit.

22. L'œdème a gagné la paupière supérieure qui recouvre complétement l'œil. La réunion de la plaie est à peu près complète; il ne reste plus que deux petites ouvertures qui ne peuvent tarder à se fermer. Délire encore cette nuit. P = 115. Le malade est transporté au chalet.

23. Même état. P = 135. Mort à cinq heures du soir.

L'autopsie a été faite vingt-huit heures après la mort par M. Bourceret, interne de service, qui a fourni les renseignements suivants :

Le cœur est le siége d'une affection ancienne : rétrécissement et insuffisance aortiques; on trouve dans le tissu même du cœur de nombreux tractus fibreux, ainsi que les signes d'une myocardite assez prononcée. Adhérences pleurales nombreuses. Trois gros noyaux apoplectiques dans les lobes inférieur et moyen du poumon droit, paraissant récents, et sans traces de pneumonie tout autour. En suivant l'artère pulmonaire, on trouve un caillot fibrineux obturant complétement une subdivision volumineuse de la branche de bifurcation droite. Ce caillot est ancien, mais n'adhère que faiblement aux parois de l'artère : c'est un embolus. Rien dans le poumon gauche. Pas d'abcès métastatiques dans aucun organe.

Obs. CCXXVIII. — *Épithélioma tubulé* (*cylindroma de Billroth*) *développé dans l'épaisseur d'un des os propres du nez. Extirpation. Guérison.* — Leleux (Jean-Baptiste), vingt-cinq ans, entré le 22 août 1875 pour une déformamation très-choquante de la face.

Il y a six mois survint, sans cause apparente, un larmoiement continuel de l'œil droit. Un mois plus tard, il remarqua une petite tumeur qui paraissait développée dans l'épaisseur de la paupière inférieure, au voisinage de l'angle interne de l'œil. Le volume de cette tumeur augmenta peu à peu et atteignit bientôt celui d'un œuf de pigeon. A partir de ce moment, le malade éprouva quelque difficulté pour respirer par les narines; il n'a jamais remarqué de bruit particulier pendant le passage de l'air. A son entrée dans le service, la tumeur est molle et fluctuante; elle soulève les deux paupières jusque dans leur milieu, ainsi que le tendon du muscle

orbiculaire. La peau est rouge, luisante et amincie. La conjonctive et le le globe oculaire ne présentent rien de particulier.

Le malade dit qu'il apparaît quelquefois, sur le bord libre de la cloison du nez, une petite tumeur lisse et peu colorée ; mais cette cloison est elle-même déformée, et l'on ne peut rien distinguer dans l'intérieur de la narine. La voûte palatine ne présente aucune dépression, pas plus que la cavité orbitaire. Le doigt ne peut explorer les fosses nasales, à cause de la déviation de la cloison.

22 août. On incise la tumeur, qui laisse sortir un liquide verdâtre, purulent, épais et gélatineux. Après l'évacuation de cette collection semi-solide, on s'aperçoit que l'un des os propres du nez (le droit) est recouvert en partie de fongosités abondantes, semblables à celles que l'on rencontre autour des trajets fistuleux. Cet os est perforé : il livre passage à une tumeur de forme et de consistance glandulaires. Rien du côté du front et de l'orbite. Par l'ouverture déjà pratiquée, nous énucléons sans peine avec les doigts la plus grande partie de la tumeur et nous reséquons les parties saines qui l'entourent.

Examen. — La partie enlevée a une forme granuleuse; sa coloration varie, par places, du violet au rouge pâle. Elle est friable, extrêmement vasculaire. Dans son ensemble, elle paraît plutôt former un amas de granulations soudées les unes aux autres qu'une tumeur homogène. Par l'examen microscopique, on a reconnu que c'était un épithélioma tubulé (M. Malassez).

Il s'écoule beaucoup de sang. Une éponge est laissée à demeure dans le but d'exercer une compression efficace en prévision d'une hémorrhagie secondaire. Les choses restent dans le même état pendant quarante-huit heures ; il s'échappe continuellement du sang en petite quantité ; mais le malade ne subit aucune influence fâcheuse de l'opération. On fait des injections antiseptiques.

24 août. On ôte l'éponge, et comme il s'écoule encore un peu de sang, on fait des lavages prolongés avec une solution très-étendue de perchlorure de fer. Une nouvelle éponge est remise en place, et, à partir de ce moment, on ne voit plus de sang s'écouler par les narines.

26. Une suppuration de bonne nature s'établit ; depuis lors, les lèvres de la plaie se réunissent régulièrement, et le malade sort guéri le 4 septembre.

Obs. CCXXIX. — *Cancer du maxillaire supérieur droit. Ablation. Récidive au bout de deux mois. Invasion des ganglions sous-maxillaires.* —Kramp (Madeleine), cinquante-cinq ans, lingère, entre le 25 janvier 1875. Pas d'antécédents héréditaires de cancer, femme robuste et bien portante. Réglée à dix-neuf ans, a eu trois accouchements normaux ; ménopause à cinquante ans.

La maladie actuelle a débuté il y a neuf mois par une petite tumeur très-

dure située sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur, tout près de l'angle interne de l'orbite. On a enlevé en ville cette tumeur au bout de six mois , mais elle a récidivé dans la cicatrice deux mois plus tard, par un petit bourgeon dur et limité. Au moment de son entrée, on constate : Asymétrie des deux moitiés de la face. Aplatissement et déviation du nez à gauche. Sillon naso-jugal comblé par la tumeur. Peau fine, violacée, très-adhérente à la tumeur. Celle-ci est bosselée, de consistance inégale, comme fluctuante en différents points, elle remonte en arrière jusqu'au tubercule zygomatique, descend jusqu'à la deuxième molaire. Paupière tuméfiée et présentant une teinte violacée ecchymotique. Du côté du nez la tumeur offre un aspect lardacé. Bourgeons épithéliaux, fongueux, s'étendant jusqu'au collet de la seconde incisive. Épistaxis et hémorrhagies buccales fréquentes. État général assez bon, malgré une teinte cachectique très-prononcée des téguments. Ganglions sous-maxillaires et parotidiens envahis. La malade est restée quinze jours seulement dans le service, aucune opération n'a été faite et elle est sortie sensiblement dans le même état.

Obs. CCXXX. — *Cancer du maxillaire inférieur développé en cinq mois. Rien dans les ganglions. Cachexie cancéreuse avancée.* — Gostiaux (Philippe), soixante-dix-huit ans, corroyeur, entre le 30 juillet 1874. Pas d'antécédents héréditaires de cancer. Renseignement d'une valeur relative, car il ne se rappelle que vaguement la manière dont sont morts son père et sa mère. Il a eu plusieurs enfants (1 garçon et 3 filles), aucun d'eux n'a été cancéreux; il n'a jamais été lui-même sérieusement malade, mais depuis quelque temps il a maigri, a perdu les forces et l'appétit, et pris une teinte jaune-paille caractéristique. En même temps, il y a cinq mois environ, ce malade sentit dans la mâchoire inférieure des douleurs très-vives qu'il prit pour de l'odontalgie. Elles sont en très-peu de temps devenues lancinantes et très-violentes. La gencive s'est tuméfiée, quelques petits bourgeons saillants se sont ulcérés à leur sommet.

Il entra alors à la Pitié, où on lui prescrivit un collutoire avec : décoction de racine de guimauve, infusion de tête de pavot et miel rosat. Les douleurs devinrent un peu moins vives et le malade quitta l'hôpital. Il y a deux mois, il a vu paraître sur la gencive inférieure, à droite, une nouvelle tumeur de la grosseur d'une noisette, qui ne lui a causé tout d'abord aucune souffrance. Elle a grossi rapidement; au bout de quinze jours sont survenues des douleurs contusives et sourdes d'abord, puis bientôt lancinantes et atroces : on eût dit qu'on lui tordait la mâchoire.

Depuis quatre mois, la mastication est très-difficile. Le malade ne peut prendre que des potages. L'appétit est perdu. Les forces diminuent de plus en plus.

Au moment de son entrée, on trouve sur la partie médiane de la mâchoire droite une large tumeur épithéliale qui déborde le maxillaire inférieur et fait saillie sous la peau. Elle est indépendante de la tumeur faciale. Elle est dure et inégale, assez douloureuse à la pression pour lui arracher des cris. La muqueuse gingivale a été inégalement soulevée dans la plus grande partie de son étendue. La tumeur surmonte le bord alvéolaire du maxillaire inférieur d'un centimètre et demi environ. Elle est complétement immobile, fait corps avec l'os et s'étend jusqu'à l'origine de la branche montante en dehors, jusqu'au menton en avant.

Joue soulevée et œdématiée. Rien dans les ganglions. L'état général du malade, son âge et le volume de la tumeur interdisent toute opération. Collutoire au chlorate de potasse. Toniques à l'intérieur.

5 août. Le malade se plaint de douleurs d'oreilles très-aiguës et qui s'étendent à toute la région mastoïdienne. Injections sous-cutanées d'une solution de chlorhydrate de morphine.

11. Le gonflement de la joue a diminué ; les souffrances sont un peu moins vives.

25. Le malade demande à rentrer chez lui, puisqu'il ne peut être opéré. Il dort depuis plusieurs jours ; les douleurs d'oreilles sont plus rares et moins aiguës. Les injections calmantes seront continuées.

La tumeur n'a pas augmenté de volume depuis son entrée à l'hôpital. Les ganglions sont toujours indemnes, mais l'état général est devenu très-mauvais.

CHAPITRE IV

MALADIES DES ARTICULATIONS ET DE LEURS ANNEXES.

Nous avons divisé ce chapitre en trois paragraphes, comprenant : 1° les maladies non inflammatoires d'origine traumatique des articulations ; 2° les maladies inflammatoires ; 3° les hygromas. Bien que ces dernières affections n'appartiennent pas, à proprement parler, aux jointures, nous n'avons pas cru devoir les ranger dans un chapitre à part. C'est pour cela qu'au lieu d'intituler celui-ci : maladies articulaires, nous l'intitulons maladies des articulations et *de leurs annexes*.

Le § 1 comprend les entorses et les luxations. A propos de ces dernières nous disons, dans le résumé statistique du commencement, quelques mots des observations renfermées dans le tableau annexé à notre première leçon clinique (voir Première partie, pages 8 et 9).

A côté des arthrites proprement dites, aiguës ou chroniques, nous avons rangé les hydarthroses et les tumeurs blanches. Toutes ces affections remplissent le paragraphe ayant pour titre: *Maladies inflammatoires*. Enfin, dans un troisième paragraphe nous plaçons les hygromas.

§ I

MALADIES NON INFLAMMATOIRES D'ORIGINE TRAUMATIQUE.

A. — ENTORSES.

Huit malades sont entrés dans le service pour des entorses; une occupait l'articulation radio-carpienne du côté droit ; elle

elle était consécutive à une chute sur la paume de la main, et fut guérie en huit jours par l'immobilisation de la jointure au moyen d'un bandage roulé. (Obs. CCXXXI.)

Une autre avait pour siége l'articulation fémoro-tibiale gauche; elle s'était produite pendant que le malade était tombé d'une voiture. La jambe fut immobilisée dans une gouttière en fils métalliques, et la guérison complète survint au bout de vingt et un jours. (Obs. CCXXXII.)

Les six autres observations sont relatives à des entorses de l'articulation tibio-tarsienne. Deux avaient été produites par une chute faite d'un trottoir sur la chaussée; deux à la suite d'un faux pas sans chute. On doit noter au sujet d'un de ces derniers malades qu'il avait eu deux ans auparavant une entorse de la même articulation dans les mêmes circonstances (observation CCXXXVIII) ; une entorse plus grave fut produite par une chute dans un escalier, une autre pendant un saut, enfin une dernière par la chute d'un corps solide assez lourd sur le pied.

Dans quatre cas la guérison survint en moins de dix jours; dans deux, de quinze à vingt jours; dans un, au bout de vingt-huit jours seulement; le traitement fut le même dans tous les cas, sauf dans deux. Il consista en application de compresses résolutives et repos au lit sans appareil; on dut une fois immobiliser pendant vingt jours l'articulation dans une gouttière en fil métallique; une autre fois, appliquer pendant quinze jours un appareil silicaté.

Obs. CCXXXI. — *Entorse de l'articulation radio-carpienne droite.* — Tixier (Pierre), trente-huit ans, homme de peine, entré le 8 avril 1875. A fait hier une chute sur la paume de la main droite : douleur et gonflement notable du poignet sans déplacement des saillies osseuses, ni crépitation. Compresses d'eau blanche. Immobilisation de l'articulation avec un bandage roulé. Guérison au bout de huit jours.

Obs. CCXXXII. — *Entorse de l'articulation fémoro-tibiale gauche.* — Bouchard (Claude), quarante-trois ans, entré le 19 avril 1874, tombé la veille de voiture. Tuméfaction de tout le genou gauche. Rotule en place. Douleur assez vive dans le genou, exagérées par la pression surtout au niveau des insertions ligamenteuses. Mouvements volontaires possibles,

mais très-douloureux. Un peu de fièvre et de céphalalgie. P = 88. L'appareil silicaté mis le lendemain n'ayant pu être supporté, on place le membre dans une gouttière en fil métallique. Guérison au bout de vingt et un jours.

Obs. CCXXXIII. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.* — Moulin (Lucien), ciseleur, seize ans, entré le 4 février 1874. A été poussé du trottoir sur la chaussée. Gonflement notable autour de l'articulation tibio-tarsienne droite. Pas de déformation ni de crépitation. Douleur tout autour de l'articulation, surtout aux points où s'insèrent les ligaments. Compresses à l'alcool camphré. Repos au lit sans appareil. Guérison en dix-huit jours.

Obs. CCXXXIV. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.* — Roger (Jules), vingt-six ans, journalier, entré le 1er février 1874. A glissé dans un escalier. Gonflement et rougeur dans tout le voisinage de l'articulation tibio-tarsienne droite cachant les saillies osseuses. Pas de déformation ni de crépitation. Douleur très-vive, exagérée par la pression et les mouvements. Léger épanchement sanguin vers la base de la malléole interne. Ponction de la collection avec un trocart capillaire. Compression avec de la ouate.

Immobilisation dans une gouttière en fil métallique pendant vingt-huit jours. Disparition de la douleur et de la plupart des autres accidents, il ne reste plus qu'un peu d'œdème péri-articulaire.

Obs. CCXXXV. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche.* — Duval (François), cantonnier, dix-sept ans, entre le 19 avril 1874. En sautant un fossé large de 1 mètre environ, le pied s'est porté dans la rotation en dedans. Impossibilité des mouvements articulaires ; douleur surtout marquée au niveau des insertions ligamenteuses. Pendant quatre jours, repos sans appareil avec application de compresses d'alcool camphré. Au bout de ce temps, appareil silicaté. Guérison complète au bout de quinze jours.

Obs. CCXXXVI. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.* — Simon (Charles), dix-neuf ans, entre le 25 août 1874, a fait un faux pas sans tomber. Léger gonflement périarticulaire du côté droit. Pas de douleur. Repos sans appareil. Compresses froides. Guéri au bout de huit jours.

Obs. CCXXXVII. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.* — Guénot (Jules), entre le 21 août 1874. Chute d'un madrier assez lourd sur le pied droit. Large ecchymose sur toute la face dorsale du pied, douleur et gonflement peu considérable. Compresses d'eau blanche. Repos au lit. Guérison au bout de six jours.

Obs. CCXXXVIII. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche.* — Mort (Sophie), quarante ans, couturière, entre le 16 septembre 1874. Faux pas sans chute. A déjà eu, il y a deux ans et demi, une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche, aujourd'hui atteinte. Gonflement périarticulaire notable. Douleur très-vive aux points d'insertion des ligaments. Repos absolu. Badigeonnages à la teinture d'iode. Guérison au bout de huit jours.

Obs. CCXXXIX. — *Entorse de l'articulation tibio-tarsienne droite.* — Grenouillot (Alphonse), trente-neuf ans, mouleur, entre le 12 mars 1875. Faux pas et chute. Gonflement périarticulaire notable. Ecchymose au sommet de la malléole externe droite. Mouvements impossibles. Douleur très-vive au niveau de l'ecchymose. Compresses d'eau blanche. Repos au lit sans appareil. Guérison au bout de douze jours.

B. — Luxations.

Les tableaux XXVI, XXVII et XXVIII renferment douze observations :

Les articulations intéressées ont été les suivantes :

Articulation	sterno-claviculaire	1 fois.
—	scapulo-fémorale	2
—	du coude	2
—	métacarpo-phalangienne	1
—	phalangienne	2
—	coxo-fémorale	1
—	fémoro-tibiale	1

La luxation de la clavicule en avant fut causée par le choc d'une planche, tombant de haut en bas sur le moignon de l'épaule (obs. 240, tab. XXVI). Pour réduire cette luxation, on porta le moignon de l'épaule en arrière, et on appuya fortement sur l'extrémité interne de la clavicule luxée. La réduction maintenue au moyen d'un tampon appliqué sur la tête de l'os.

Aux cinq luxations de l'épaule placées dans les tableaux, nous devons ajouter les quatorze cas rapportés dans notre première leçon (voy. p. 8 et 9).

Les luxations sous-coracoïdiennes sont au nombre de seize. Dix ont été produites par des chutes sur le moignon de l'épaule,

dont deux dans un escalier; une par un choc sur le moignon de l'épaule ; une par une chute sur le coude, le bras étant éloigné du tronc; enfin une dernière par un accident rare. (Le malade se serait réveillé en sursaut pendant la nuit, et c'est à la suite d'un mouvement brusque pour se retourner que la luxation aurait été produite.) (Voy. 1re partie, p. 8, obs. V.)

Une luxation sous-acromiale eut pour cause une chute sur le coude, et une luxation sous-glénoïdienne, une chute sur la paume de la main.

Au moment de l'entrée des malades à l'hôpital, 8 luxations dataient de moins de huit jours ; 3 étaient produites depuis un temps variant de deux à quatre semaines, 1 datait de quatre mois, 2 de six mois au moins (dont une sous-acromiale) ; enfin l'ancienneté est mentionnée dans deux cas sans que l'âge de la luxation soit fixé exactement. 7 ont été réduites sans appareil par le procédé que nous avons décrit (le chloroforme fut donné cinq fois seulement). On a pratiqué la réduction douze fois au moyen de l'appareil de Jarvis, après avoir au préalable endormi les malades. Dans cinq observations, la force déployée a été moindre de 100 kilogrammes, l'indication précise n'étant pas donnée. Les tractions dont l'indication est mentionnée dans le tableau des pages 8 et 9 ont été de 130 kilogrammes (luxation sous-coracoïdienne complète datant de un mois). Dans un autre cas il fut impossible de réduire en employant la même force une luxation datant de six mois. Il est vrai que des renseignements ultérieurs nous ont fourni la certitude que la date donnée par le malade était inexacte, et que la luxation était beaucoup plus ancienne.

Nous ne ferons que mentionner les luxations des autres articulations qui n'offrent rien de particulier.

Une luxation complète du coude en avant fut produite par une chute sur l'olécrâne ; la réduction se fit aisément sans appareil, de sorte que le malade put quitter le service au bout de trois jours (obs. 246, tab. XXVII) ; une luxation en arrière de la même articulation était compliquée d'un épanchement sanguin. (Obs. 247, tab. XXVII.)

La luxation métacarpo-phalangienne du pouce se fit à la suite d'une chute sur le poing fermé (Obs. 248, tab. XXVII.)

Une luxation de la deuxième phalange de l'annulaire fut réduite avec la pince de M. Farabeuf.

Pour terminer, nous rappellerons le déplacement de la rotule de l'observation 252 (tab. XXVII), qui ne put être réduit qu'incomplétement.

TAB. XXVI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE à l'hôpital.	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la luxation:	SIÉGE de LA LUXATION.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTIO
240	Legendre (Louis), 48 ans.	2 octobre 1874.	Le 20 septembre, l'épaule droite a été frappée de haut en bas par une pl n-che tombée de la hauteur d'un premier étage.	Articulation sterno-claviculaire droite.	Luxation de la clavicule en avant.	Tête de l'os faisant saillie en avant et en haut du sternum, suivant d'ailleurs la clavicule dans tous ses mouvements. Le moignon de l'épaule du même côté est ramené vers la ligne médiane; le creux sous-claviculaire est augmenté.	?
241	Fre'on (Jean), 40 ans, employé de commerce.	22 février 1875.	21 février. Chute sur le coude du côté gauche, le membre étant dans l'abduction.	A. scapulo-humérale gauche.	Luxation sous-coracoïdienne complète.	Aplatissement du moignon de l'épaule. Creux sus-claviculaire diminué. Acromion très-saillant. Rebords de la cavité articulaire faciles à sentir. Tête sensible dans l'aisselle.	Douleurs assez vives ticulation. nients du b me côté in Paralysie seurs et d pinateur.
242	Méchet, (Jean), 58 ans, cocher.	5 février 1875.	Le 4 février, le malade a été violemment renversé sur le moignon de l'épaule en voulant arrêter un cheval emporté.	Id.	Id.	Gonflement considérable de la région de l'épaule. Saillie du deltoïde à sa partie inférieure, tandis qu'il est aplati à sa partie supérieure. Bras écarté du tronc. Cavité glénoïde vide. On sent la tête de l'humérus au-dessous de l'apophyse coracoïde.	Douleurs v l'articulati sibilité de ments du même côte
243	Prestavoine (Louise), 25 ans, domestique	18 janvier 1875.	Le 16 janvier, chute dans un escalier.	Id.	Id.	Gonflement considérable de la région de l'épaule gauche, s'étendant à la moitié supérieure du bras. A ce niveau légère teinte violacée, tout à fait affaiblie. La tête de l'humérus est déplacée. Le gonflement empêche d'arriver sur la cavité glénoïde. La tête humérale fait saillie dans l'aisselle. Acromion très-saillant.	Douleurs très-vives paule. Tou vements sc reux.
244	Poignet (Pierre), 40 ans, homme de peine.	3 mai 1875.	Le 1er mai, chute sur le moignon de l'épaule.	A. scapulo-humérale droite.	Id.	Moignon de l'épaule aplati. Saillie acromiale visible à distance. Peu de gonflement. On sent aisément la cavité glénoïde. Le creux de l'aisselle est diminué et la partie supérieure est occupée par la tête humérale, que l'on sent sous la peau.	Impossibilité vements du bras di

PLICATIONS.	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la LUXATION.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
Aucune.	»	L'épaule est portée en arrière et l'on appuie fortement sur la tête luxée. Bandage comprimant, au moyen d'un tampon, la tête de l'os dans sa cavité articulaire.	»	15 jours.	?	»
Id.	»	Chloroforme. Réduction sans appareil. Le bras est maintenu par une écharpe.	»	2 jours.	Déformation disparue. Tous les mouvements du bras sont redevenus possibles.	»
Id.	»	Chloroforme. Appareil de Jarvis. A la première tentative de tension, la réduction a lieu par la seule application du croissant sous le creux de l'aisselle. On maintient le bras dans l'immobilité au moyen d'une écharpe.	»	6 jours.	Id.	»
Id.	»	Chloroforme. Appareil de Jarvis (force de 70 kilogrammes). — Réduction. Immobilisation du bras.	9 jours.	9 jours.	Id.	»
Id.	»	Réduction facile et immédiate sans chloroforme. On place le bras dans une écharpe.	2 jours.	2 jours.	Id.	»

TAB. XXVII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE à l'hôpital.	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la luxation.	SIÉGE de LA LUXATION.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES.	SYMPTOMES FONCTI
245	Lemercier (Ernest), 45 ans, bouvier.	10 mai 1875.	Le 9 mai, renversé par un bœuf qui courait très-rapidement.	Articulation scapulo-humérale dr.	Sous-coracoïdienne complète.	Moignon de l'épaule aplati. Acromion saillant sous la peau. Dans le creux de l'aisselle on sent la tête humérale. Le bras est légèrement porté dans la rotation en dedans et allongé.	Douleurs dans l'ép Impossib les mouv lontaires.
246	Vanderhenvel (Élisa), 34 ans, journalière.	12 février 1875.	Le 7 février, chute sur le coude.	A. du coude droit.	Luxation en avant.	Gonflement s'étendant jusqu'au tiers supérieur de l'humérus. La peau a pris une teinte jaunâtre. La saillie olécrânienne fait défaut en arrière, et à sa place on trouve un vide. En avant on sent les téguments soulevés par l'apophyse coronoïde du cubitus et la tête du radius. Le bord interne de l'olécrâne est à une distance de 0m,02 du condyle interne.	Perte con mouveme leurs trè puis l'acc
247	Chrétien (Eugène), 46 ans, scieur de long.	17 février 1874.	15 février. Chute sur le coude au moment où une planche lui frappait le bras de dehors en dedans.	A. du coude gauche.	Luxation en arrière.	Gonflement considérable du coude. Bras sensiblement écarté du tronc. Avant-bras en pronation. L'olécrâne est porté en arrière et en haut et se trouve au-dessus de la ligne formée par l'épitrochlée et l'épicondyle. La ligne du pli du coude est droite et transversale, la proéminence du V du tendon du biceps est effacée. Large ecchymose occupant une partie de la face antérieure et de la face postérieure du membre. La tête du radius fait saillie en arrière.	Mouve impos
248	Perschaix (Henri), 42 ans, maréchal-ferrant.	18 janvier 1875.	Chute sur le pouce.	Articulation métacarpo-phalangienne du pouce.	Luxation incomplète en arrière et en dehors.	Saillie à la face palmaire du pouce droit, formée par l'extrémité inférieure du métacarpien. Les surfaces articulaires sont encore en contact. Pouce tordu sur son axe et manifestement porté en dehors; extrémité supérieure saillante en arrière.	Douleur trè vements impossib

…LICATIONS.	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la LUXATION.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
…ucune.	»	Réduction facile, sans chloroforme. Immobilisation du bras dans une écharpe de Mayor.	»	17 jours.	Tous les mouvements sont possibles, mais un peu moins étendus qu'à l'état normal.	»
Id.	»	On fléchit l'avant-bras sur le bras, puis on fait la coaptation au moyen des deux pouces appliqués sur l'apophyse coronoïde du cubitus, afin de refouler l'olécrâne en arrière. Réduction facile. Bras placé dans une écharpe.	»	3 jours.	Réduction complète.	»
…ement san… …considérable …s la jointure et …ourse séreuse …- olécrânien-	Compresses résolutives pendant quatre jours.	Chloroforme, puis réduction par le procédé habituel. Bras immobilisé dans une écharpe.	»	10 jours.	Réduction complète. Disparition de l'épanchement.	»
Aucune.	»	Réduction le 20 janvier, puis contention par une petite attelle postérieure, maintenue par des bandes de sparadrap.	»	7 jours.	Réduction complète. Le malade sort avec son appareil.	»

TAB. XXVIII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE à l'hôpital.	DATE ET NATURE de l'accident ayant amené la luxation.	SIÉGE de LA LUXATION.	VARIÉTÉ.	SYMPTOMES PHYSIQUES,	FONCTION
249	Graux (Jules), 29 ans, tourneur en cuivre.	22 février	Le 20 février, chute sur la face palmaire et le pouce de la main droite.	Articulation phalangienne du pouce droit.	Luxation de de la deuxième phalange en arrière.	La seconde phalange du pouce de la main droite est fléchie sur la première. Saillie sur la face palmaire de la tête de la 1re phalange. 2e saillie en arrière formée par la 2e phalange. Pouce très-raccourci.	Impossibilité vements d ou d'extens
250	Duval 30 ans, cartonnier.	10 février 1875.	Le 9 février, il a eu l'annulaire de la main droite pris dans l'anneau du collier d'un cheval qui s'est abattu.	A. de la 2me phalange de l'annulaire droit avec la première.	Id.	Flexion du doigt en arrière. Inclinaison vers le bord radial de la main. L'annulaire regarde le pouce par sa face palmaire. Augmentation de volume de l'articulation. Saillie en arrière de l'extrémité supérieure de la seconde phalange. (Intégrité absolue des parties molles.)	Douleur très moment d dent. — Mo spontanés bles. Mo provoqués ment doulo
251	Bedot (Honoré), 60 ans, charretier	15 juin 1874.	Le 14 juin, choc de corps solides très-lourds contre la face externe de la cuisse. (Galets chargeant un tombereau).	A. coxo-fémorale droite.	Ilio-ischiatique complète.	Vaste épanchement sanguin périarticulaire. — Hanche élargie au niveau de l'origine de la cuisse. Pli fessier remonté. L'œdème et l'épanchement de sang empêchent de sentir la place de la tête. Élévation du grand trochanter facile à constater, même lorsque le membre est dans l'extension, en comparant le côté malade au côté sain. — Flexion légère de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Membre dans l'adduction et la rotation en dedans. Raccourcissement notable du membre.	Mouvements res impossi Mouvements qués très-reux.
252	Wagner (Marie), 16 ans.	24 février 1865.	*Neuf mois auparavant*, chute sur le genou gauche en courant.	A. fémoro-tibiale gauche	Luxation complète de la rotule en dehors.	Dépression correspondante à la saillie rotulienne normale. Saillie sur la face externe du condyle externe du fémur. Le tendon du triceps et le tendon rotulien semblent avoir suivi la rotule dans son déplacement.	Membre dans sion. Flexio tanée imposs On peut diffi mettre la jam la demi-flexi

COMPLICATIONS.	TRAITEMENT des COMPLICATIONS.	TRAITEMENT de la LUXATION.	DURÉE du traitement	DURÉE totale du séjour à l'hôpital.	ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
Aucune.	»	Réduction 7 jours après la luxation. Contention avec une petite attelle placée sur la face palmaire et maintenue par des bandelettes.	»	11 jours.	Le malade sort avec son appareil.	»
Id.	»	Réduction (extension pratiquée au moyen de la pince de Farabeuf, légers mouvements de torsion destinés à ramener l'axe de l'os dans sa direction normale). Réduction très-laborieuse, maintenue par deux petites attelles, fixées au moyen de bandelettes de diachylon, de telle sorte que l'une est sur la face dorsale, l'autre sur la face palmaire. Le doigt est ainsi maintenu dans l'extension.	»	25 jours. ?	Réduction complète. — Mouvements spontanés du doigt possibles et non douloureux quoique peu étendus.	»
Id.	»	Chloroformisation. Extension faite au moyen de lacs fixés au-dessus du genou. Contre-extension, par les aides, sur le bassin. Réduction faite d'après les principes exposés dans la première leçon.	»	19 jours.	Réduction complète.	»
Id.	»	Tentatives de réduction. On ne peut amener la rotule à sa position normale. — Appareil silicaté.	»	8 jours.	Réduction incomplète.	Au moment de la sortie la malade porte toujours son appareil.

§ II

MALADIES INFLAMMATOIRES.

A. — Arthrites.

Toutes les grandes articulations, sauf celle de la cuisse et du bassin ont été intéressées. L'épaule l'a été deux fois; le coude une fois; l'articulation radio-carpienne deux fois; celle du genou, quinze fois, enfin l'articulation tibio-tarsienne l'a été dans trois cas. Les autres observations ont trait aux articulations de la main.

A l'épaule, on a observé deux arthrites aiguës, l'une ayant une cause traumatique connue (chute sur le moignon de l'épaule). Le malade l'avait prise pour une luxation. Il sortit notablement amélioré par le massage, la compression ouatée, les douches (obs. 255, tab. XXIX). Une seconde arthrite aiguë de la même jointure n'était pas de cause traumatique; le traitement consista en repos et onctions avec un liniment chloroformé (obs. 254, tab. XXIX). Chez ces deux malades, l'état général était bon.

Il en était tout autrement de la malade à l'arthrite du coude; elle était manifestement syphilitique. L'arthrite avait une marche aiguë; elle apparut sans cause connue et disparut sous l'influence de l'immobilisation et de la compression ouatée; il est bon de noter que cette personne prit pendant tout son séjour à l'hôpital de l'iodure de potassium à l'intérieur (obs. 256, tab. XXIX).

Les deux arthrites du poignet avaient une origine traumatique, une des observations (obs. 258, tab. XXX) a déjà été mentionnée dans le chapitre des plaies (voy. p. 192).

L'autre était une arthrite purulente bien caractérisée. Elle guérit complétement par le drainage avec les tubes de caoutchouc, les lavages iodés et plus tard l'immobilisation du poignet dans un appareil silicaté (obs. 257, tab. XXIX).

Deux autres arthrites furent consécutives à des plaies par instruments piquants. L'une occupait l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit. Elle guérit par la simple immobilisation (obs. 259, tab. XXX).

L'autre siégeait dans l'articulation de la première et de la seconde phalange du médius gauche; en 15 jours cette arthrite devint fongueuse et nous fûmes obligé d'amputer le doigt malade (obs. 260, tab. XXX).

Dans les articulations fémoro-tibiales des deux côtés, nous avons noté outre deux arthrites aiguës, des hydartroses et des arthrites chroniques.

Les arthrites aiguës survinrent toutes les deux à la suite de traumatismes; l'un des malades avait eu avant son arthrite plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu; la maladie fut guérie au bout d'un mois par la compression ouatée et l'immobilité (obs. 262, tab. XXXI).

Chez l'autre malade, on a noté également des antécédents de rhumatisme (obs. 276, tab. XXXIV).

Le traitement et la marche de la maladie furent les mêmes que chez le premier malade.

L'arthrite subaiguë survint à la suite d'un traumatisme, chez un individu scrofuleux et très-débilité ; on le traita localement par les vésicatoires et l'immobilisation avec un appareil silicaté, en même temps on lui donna un régime reconstituant, de l'huile de foie de morue, du fer et du quinquina à l'intérieur. Au moment de sa sortie, la douleur et l'épanchement intra-articulaire avaient disparu; l'état général était redevenu beaucoup meilleur (obs. 263, tab. XXXI).

Deux hydarthroses se développèrent également d'une manière spontanée chez des scrofuleux que leurs occupations habituelles obligeaient de rester exposés aux froids humides. Toutes deux guérirent par l'application de vésicatoires et la compression ouatée (obs. 264 et 265, tab. XXIX).

On n'a noté de scrofule chez aucun des sept autres malades entrés pour des hydarthroses. Chez deux d'entre eux, l'épan-

chement apparut très-rapidement, une fois à la suite d'une chute sur le genou, une autre fois après des marches prolongées (voy. obs. 272, tab. XXXIII).

Chez ce dernier malade, il y avait en outre un état fébrile assez prononcé : le pouls était à 88, la langue saburrale. Tout disparut sous l'influence d'un traitement local (large vésicatoire sur le genou, immobilisation du membre).

C'est également à la suite d'une grande fatigue que survint l'épanchement articulaire du malade de l'observation 270 (tab. XXXIII).

Chez un autre malade, une chute sur le genou ne détermina pas l'apparition immédiate d'une hydarthrose. Pendant les cinq jours qui suivirent, il put continuer ses travaux ; mais le sixième jour, il éprouva tout à coup une vive douleur dans l'articulation qui avait subi le traumatisme et s'aperçut en même temps qu'elle était augmentée de volume (obs. 267, tab. XXXII).

Le malade de l'observation 266 (tab. XXXII) présentait les déformations osseuses caractéristiques du rachitisme ; il était de plus amaigri, et cachectique au moment de son entrée dans le service. L'hydarthrose eut chez lui un début absolument spontané.

Un autre malade avait des antécédents syphilitiques. L'hydarthrose apparue quatre mois avant son entrée dans le service, à la suite d'une chute, fut guérie dans le service de M. Cruveilhier ; elle reparut sans cause appréciable, en même temps que le malade éprouvait de vives douleurs dans l'articulation et même dans toute la jambe. Sous l'influence du traitement, l'épanchement disparut, mais le gonflement épiphysaire persista, et au moment de sa sortie ce malade ne pouvait marcher qu'avec des béquilles (obs. 269, tab. XXXVIII).

Tous les autres malades sont sortis guéris ; trois portaient un appareil silicaté au moment de leur sortie. Le traitement consista en applications de vésicatoires, badigeonnages à la teinture d'iode, et surtout immobilisation.

Des trois observations d'arthrites chroniques du genou l'une

a pour sujet un scrofuleux. Un trajet fistuleux se trouvait à une petite distance de l'article. Par ce trajet, on put avec le stylet constater une carie de l'extrémité inférieure du fémur (obs. 277, tab. XXXV).

Les deux autres arthrites chroniques de la même articulation étaient des arthrites déformantes.

L'un des malades était un jeune homme de vingt-quatre ans, porteur aux halles, qui depuis l'âge de onze ans avait éprouvé à diverses reprises des douleurs rhumatoïdes dans les articulations du membre inférieur (voy. obs. 261, tab. XXX).

Chez l'autre, un maçon âgé de quarante-trois ans, la maladie était un peu plus avancée; la circonférence du genou malade mesurait 2 centimètres de moins que celle du genou sain. Pourtant les premiers phénomènes de la maladie étaient apparus, à la suite d'un traumatisme, un an à peu près avant son entrée dans le service, jamais ce malade n'avait eu de rhumatismes (voy. obs. 278, tab. XXXV).

Les trois arthrites des articulations tibio-tarsiennes avaient une origine traumatique; elles guérirent par l'application de vésicatoires et l'immobilisation des jointures malades (observations 273, 274, 275, tab. XXXIV).

Tab. XXIX.

Nos d'ordre.	Nom âge profession.	Date de l'entrée à l'hôpital.	Antécédents	Début. Époque.	Début. Mode.	Siége.	État constaté au moment de l'entrée. Local.	Gé
254	Lapraud (Anna), 54 ans, découpeuse	22 mai 1874.	Pas de rhumatismes. Travail journalier très-pénible exigeant des mouvements constants des bras.	1er mai 1874.	Douleurs spontanées dans l'épaule droite, avec exacerbations le matin et le soir, et pendant tous les mouvements. Etat fébrile concomitant.	Articulation scapulo-humérale droite.	Douleurs dans l'articulation. Gonflement au même niveau. Pendant les mouvements du bras, on perçoit une sensation de frottement ayant son siége dans l'articulation. Mouvements très-pénibles, Pas de changement de rapport des surfaces articulaires.	
255	Maillard (Antoine), 62 ans, garçon de magasin.	12 avril 1875.	»	10 fév. 1875.	Chute sur l'épaule droite. Pendant 8 jours n'a pu se servir de son bras et n'a jamais recouvré complétement ses mouvements.	A. scapulo-humérale droite.	Le malade ne peut porter le bras au-dessus de la tête. Tuméfaction légère de l'épaule, aplatissement du deltoïde. Frottements dans l'articulation pendant les mouvements du bras. Mouvements provoqués très-pénibles. (Le malade est chloroformé, afin que l'on puisse examiner plus facilement l'articulation; on ne trouve pas de luxation.)	
256	Demothe (Pauline), frangeuse.	15 février 1875.	Syphilitique : traces blanchâtres sur le front, le dos, le nez, provenant probablement d'ulcérations spécifiques.	27 janvier 1875.	Sans cause traumatique, le coude a augmenté de volume et est devenu le siége de douleurs très-vives.	A. du coude gauche.	Gonflement énorme limité à 3 travers de doigt au-dessus et au-dessous de l'articulation. Demi-flexion de l'avant-bras sur le bras. Mouvements provoqués douloureux. Saillies osseuses ayant conservé leurs rapports normaux.	Am sc Tei ch Ri les mo les glio pha
257	Zaute (Léon), 21 ans, peintre.	2 févr. 1874.	Strumeux.	sept. 1873.	Le malade levait un lourd fardeau lorsqu'il ressentit tout à coup une vive douleur dans le poignet gauche. Il continua son travail. Deux mois plus tard, chute d'un corps lourd sur la même articulation. Dès lors, gonflement, douleurs et impossibilité des mouvements. Application réitérée de vésicatoires restée sans effet.	A. radio-carpienne gauche.	Œdème au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche, avec rougeur de la région. Douleurs spontanées assez vives, s'exacerbant pendant les mouvements provoqués. Mouvements spontanés impossibles. Fluctuation profonde remontant en haut jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de la jointure, descendant jusqu'à la moitié du carpe, en avant et en arrière.	Ass Un fiè soi gu ral pét

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
Arthrite aiguë.	»	Liniment chloroformé. Compression ouatée.	Tonique.	Amélioration.	Bon.	28 mai 1874.	Cette malade était entrée dans le service, croyant avoir une luxation de l'épaule à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, faite huit jours auparavant.
Arthrite aiguë.	»	Frictions, massages, douches. Compression ouatée dans l'intervalle.	Id.	Légère amélioration.	Bon.	28 avril 1875.	Même observation que pour le premier malade.
Arthrite aiguë.	Amélioration rapide.	Immobilisation du coude et compression douce avec une épaisse couche de ouate. Onctions mercurielles. Cataplasmes.	Iodure de potassium à haute dose, vin de quinquina.	Bon. Gonflement disparu. Tous les mouvements sont possibles et sans douleur.	Satisfaisant.	22 mars 1875.	»
Arthrite purulente.	19 février, pas d'amélioration. La fluctuation est devenue de plus en plus évidente. Le 22, fusée purulente au-dessus de l'éminence thénar. 20 mars, suppuration presque nulle; le gonflement a presque disparu. Le 24, rougeur autour des orifices où passaient les drains. Le 25, érysipèle occupant toute la face dorsale de la main et l'avant-bras jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous du coude. 3 avril, l'érysipèle a disparu.	19 février, passage d'un drain et application d'un appareil composé de petits coussins imperméables reposant sur une attelle et immobilisant autant que possible l'articulation, tout en permettant le pansement. Le 22, ouverture et passage d'un drain. 15 mars, injections iodées. 20, les drains sont retirés. 24, le malade est isolé. 30 avril, cautérisation des orifices où passaient les drains avec le nitrate d'argent. 2 mai, appareil plâtré inamovible.	Rhum, sulfate de quinine.	Amélioration notable.	Satisfaisant.	2 mai 1874.	Le malade porte un appareil silicaté au moment de sa sortie.

TAB. XXX.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉ[E] LOCAL.	GÉ
258	Noges (Pierre), 52 ans, chauffeur.	18 janvier 1875.	Rien à noter.	20 décem. 1874.	Frappé violemment par un éclat métallique détaché d'une machine.	Articulation radio-carpienne droite.	Au niveau de la face dorsale de l'articulation radio-carpienne droite, plaie profonde, pénétrant jusque dans l'articulation. Gonflement inflammatoire énorme de toute la main. Impossibilité absolue des mouvements du poignet et des doigts.	Bor un as
259	Despinoy (Auguste), 30 ans, tôlier.	18 janvier 1875.	Id.	26 nov. 1874.	Doigt frappé par un éclat de tôle.	A. métacarpo-phalangienne du médius droit.	Gonflement considérable de la face dorsale de la main droite, exagéré au niveau du médius, qui porte sur sa face dorsale une plaie pénétrante de l'articulation métacarpo-phalangienne. Les doigts ont conservé leur mobilité, à l'exception du médius. Douleurs très-vives au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de ce doigt. Les deux dernières phalanges sont libres. La plaie intéresse l'articulation.	
260	Perrier (Etienne), 60 ans, camionneur.	28 avril 1875.	Id.	8 avril 1875.	Piqûre avec la pointe d'un couteau au niveau de l'articulation de la première phalange du médius de la main gauche, avec la seconde. Douleurs, inflammation. Au bout de 15 jours, du pus sort par l'orifice de la plaie.	A. de la première phalange du médius avec la seconde (main gauche).	Gonflement considérable au niveau de l'articulation. Peau rouge, luisante et tendue. Une fistule s'est ouverte sur la face dorsale du doigt et donne issue à du pus. Autour de l'articulation, plusieurs orifices dans lesquels on aperçoit des fongosités. Flexion provoquée, douloureuse et faisant percevoir le frottement des surfaces articulaires dénudées.	Fiè so du m l'a
261	Lhomme (Jules), 24 ans, porteur aux Halles.	6 févr. 1875.	Depuis 1862, plusieurs attaques de rhumatisme subaigu dans les genoux.	1 mois.	Douleurs rhumatoïdes très-intenses.	A. fémoro-tibiale gauche.	Tuméfaction notable de toute la région du genou. Aucune douleur à la pression. L'articulation semble un peu aplatie transversalement. Les mouvements de l'articulation produisent des craquements. Coloration normale de la peau. Marche difficile; claudication. La jambe gauche paraît un peu raccourcie. La rotule occupe sa place habituelle et paraît saine.	

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
hrite aiguë suite d'une laie pénérante).	Pas de tendance à la suppuration. La fièvre disparaît au bout de quatre jours.	Immobilisation de l'articulation avec un appareil inamovible permettant les pansements.	Aucun.	Mouvements des doigts possibles. Douleurs insignifiantes. Rougeur et gonflement disparus. Plaie cicatrisée.	Bon.	1er fév. 1875.	Le malade porte un appareil inamovible au moment de sa sortie.
hrite aiguë, uite d'une laie pénérante.	Pas de tendance à la suppuration.	Immobilisation complète de l'articulation. Cataplasmes.	Id.	Plaie cicatrisée. Gonflement peu appréciable. Plus de douleur. Mouvements peu étendus possibles.	Excellent	1er fév.	»
hrite fonueuse chroique.	Suppuration abondante. Douleur très-vive, interdisant l'usage de toute la main.	Le 2 mai, amputation du doigt. Réunion immédiate. Pansement simple. On ôte les points de suture le 9 mai.	Toniques : alcool, fer et quinquina.	Guérison. Cicatrisation complète.	Excellent	18 mai	»
hrite déforiante avec oussée aiguë.	Pendant son séjour dans le service, on ne constate ni augmentation ni amélioration notable dans la maladie.	Repos, bains, lotions iodées, douches sulfureuses.	Id.	Disparition de la tuméfaction, mais les autres symptômes ont peu diminué.	Bon.	2 mars	On engage le malade à quitter son métier, à prendre des bains et à revenir si les accidents reparaissent.

TAB. XXXI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DÉBUT		SIÉGE.	ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE L'ENTRÉ[E]	
				ÉPOQUE.	MODE.		LOCAL.	G[…]
262	Farelle (Gérôme), 42 ans, vitrier.	31 mai 1875.	Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.	23 mai 1875.	Chute d'un baril sur le genou gauche. Application de six sangsues.	Articulation fémoro-tibiale gauche.	Gonflement du genou gauche plus marqué à la partie externe sur laquelle a porté le tonneau. Peau, de température et de coloration normales. On remarque à la face externe de l'articulation les piqûres des sangsues. Douleurs spontanées très-vives exagérées par la pression et les mouvements. Rotule soulevée par un épanchement considérable.	I
263	Briquet (Léon), 16 ans.	4 janvier 1875.	Strumeux. Maux d'yeux dans l'enfance. Manifestations cutanées.	26 décem. 1875.	Chute sur le genou droit en courant.	A. fémoro-tibiale droite.	Gonflement anormal du genou droit. Léger épanchement articulaire. Choc de la rotule contre les condyles fémoraux facile à constater. Peau, de température et de coloration normales. Douleurs peu accentuées. Gêne dans les mouvements de flexion	Ar s A
264	Huet (Isidore), 70 ans.	1er juin 1874.	Strumeux. Cicatrices de tumeurs ganglionnaires du cou.	avril 1874.	Le genou s'est tuméfié sans cause appréciable.	A. fémoro-tibiale gauche.	Gonflement considérable du genou gauche. Rotule soulevée. Parties molles refoulées en dehors. Pas de douleurs. Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Peau, de couleur et de température normales. Fluctuation manifeste. Choc de la rotule contre les condyles facile à percevoir quand on amène le liquide en avant et quand on imprime un mouvement brusque à la rotule.	
265	Sans (Alphonse), 32 ans.	20 juillet 1874.	Strumeux. Taches de la cornée, blépharite ciliaire. Croûte dans les cheveux pendant l'enfance.	15 mars 1874.	Après s'être exposé au froid humide, il remarqua que le genou droit devenait le siége d'un gonflement progressif peu considérable. Application de teinture d'iode.	A. fémoro-tibiale droite.	Gonflement léger du genou droit. Pas de douleurs. Pas de coloration anormale ni d'élévation de température de la peau. Mouvements difficiles. Épanchement peu considérable, néanmoins fluctuation et choc de la rotule contre les condyles perçus en ramenant le liquide sous la face postérieure et en appuyant sur la face antérieure avec l'index.	

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
rite aiuë frauatique.	Les douleurs disparaissent rapidement à la suite de la compression.	Compression ouatée. Immobilité.	Pas de médicaments. 4e degré.	Disparition de l'épanchement.	Bon.	15 juin	Le membre est encore dans l'appareil ouaté au moment du départ.
rite subguë.	Diminution de l'épanchement et disparition des douleurs au bout de quinze jours.	Compression avec un appareil ouaté maintenu par une bande roulée. Au bout de vingt-cinq jours appareil silicaté.	Huile de foie de morue. Vin de quinquina.	Plus de douleur.	Meilleur qu'à l'entrée.	30 janvier	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.
rthrose.	Sous l'influence du traitement marche vers la guérison. Celle-ci est complète au bout de vingt jours.	Vésicatoire sur l'articulation.	Pas de médicaments. 4e degré.	Le gonflement et le liquide ont disparu. Le malade marche sans difficulté.	Bon.	10 juin.	»
Id.	En quinze jours l'épanchement diminue sensiblement sous l'influence du traitement.	Vésicatoire, puis badigeonnage à la teinture d'iode. Compression ouatée.	Id.	Amélioration. Épanchement en grande partie résorbé.	Id.	29 août.	»

TAB. XXXII,

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉE LOCAL.	GÉ
266	Cherois (Paul), 50 ans.	21 août 1874.	Rachitisme. Tout le squelette est intéressé, mais surtout les tibias très-arqués et très-amincis.	8 août 1874.	Augmentation de volume du genou gauche survenue sans cause appréciable. Géne motrice concomitante.	Articulation fémoro-tibiale gauche.	Gonflement énorme de l'articulation. Pas de douleurs même à la pression. Fluctuation évidente. Rotule soulevée. Choc de sa face postérieure contre la face antérieure des condyles en ramenant le liquide sous cette face postérieure et en appuyant avec l'index sur la face antérieure. Déformation caractéristique l'articulation. L'épanchement occupe les parties latérales, surtout la région antérieure du genou; la peau a conservé sa température et sa coloration normales.	An sc eacl
267	Flamant (Théophile) 41 ans.	24 août 1874.	Rien à noter.	25 juillet 1874.	Chute sur le genou droit. Les premiers jours le malade put continuer ses travaux, ne ressentant qu'une douleur peu intense. Le sixième jour il remarqua que son genou augmentait sensiblement de volume.	A. fémoro-tibiale droite.	Gonflement appréciable de la région du genou. Mouvements difficiles mais non douloureux. Rotule soulevée, choc de sa face postérieure contre la face antérieure des condyles en ramenant le liquide au-dessous et en appuyant sur sa face antérieure. Fluctuation. Position normale du membre. Pas de déformation. La peau a conservé sa température et sa coloration normales.	
268	Benard (Louise), 40 ans.	5 janv. 1875.	Id.	15 jours.	Sans cause connue, le genou gauche se tuméfia et devint le siége de douleurs assez vives pour empêcher la marche. Deux vésicatoires furent appliqués en ville sans résultat.	A. Fémoro-tibiale gauche.	Gonflement du genou, épanchement assez considérable. Douleurs spontanées sourdes dans l'articulation, exagérées par la pression et les mouvements du membre. Fluctuation et choc de la rotule contre les condyles. Pas de changement de couleur ni de température de la peau.	

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
H[illegible]rthrose.	Diminution sensible de l'épanchement après quinze jours de traitement.	Vésicatoires. Badig. teint. d'iode. Compression ouatée.	Toniques.	Épanchement résorbé. Peut travailler.	Un peu meilleur qu'au moment de l'entrée.	15 septembre	»
Id.	Marche continue vers la guérison qui est complète le 3 septembre.	Immobilisation. Cataplasmes laudanisés alternant avec l'application de compresses alcoolisées.	Id.	Guérison.	Très-bon	3 septembre	»
Id.	L'épanchement marche sans interruption vers la résorption qui est complète le 25 janvier.	Large vésicatoire embrassant tout le genou à l'exception de la rotule. Compression à l'aide d'un bandage ouaté.	Id.	Id.	Très-bon	27 janvier	»

TAB. XXXIII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉE. LOCAL.	GÉN
269	Cartigny (Joseph), 30 ans, couvreur.	10 février 1875.	Syphilis à 18 ans, chancre unique, bubon, roséole. Alopécie.	1er décem. 1874.	Chute sur le genou gauche suivie d'un épanchement articulaire. Ce malade est entré en novembre 1874 dans le service de M. Cruveilhier où il est resté six semaines. Il avait repris ses occupations, lorsque, il y a deux jours, il éprouva sans cause appréciable, vers le soir, de vives douleurs dans l'articulation fémoro-tibiale gauche et dans toute la jambe.	Articulation fémoro-tibiale gauche.	Gonflement énorme de la région du genou gauche, sur les parties latérales et la face antérieure principalement. Rotule soulevée. Choc de sa face postérieure contre la face antérieure du fémur provoqué en accumulant le liquide épanché entre ces deux surfaces articulaires et en pressant la face antérieure de la rotule avec l'index. Coloration normale de la peau. Douleurs assez vives. Station verticale impossible. Légère flexion de la jambe sur la cuisse.	I
270	Bluteau (Désiré), 45 ans, employé de commerce.	17 mars 1875.	Rien à noter.	3 janv. 1875.	A la suite d'une grande fatigue, survint l'épanchement articulaire.	Id.	Gonflement du genou gauche, non douloureux. Épanchement articulaire. Rotule soulevée, choc de sa face postérieure contre la face antérieure des condyles. Peau d'aspect normal.	
271	Albert (Pierre), 30 ans, employé de commerce.	9 avril 1875.	Id.	3 avril 1875.	Chute sur le genou gauche. Gonflement subit. La marche est devenue très-difficile.	A. fémoro-tibiale droite.	Gonflement considérable de l'articulation fémoro-tibiale gauche surtout dans les régions latérales et antérieure, soulèvement de la rotule par le liquide épanché; choc de sa face antérieure sur les condyles. La peau a conservé sa coloration et sa température. Pas de douleurs spontanées.	
272	Dubac, 32 ans, homme de peine.	26 avril 1875.	Deux hydarthroses, l'une en 1866, l'autre en 1872 dans la même jointure.	20 février 1875.	Épanchement articulaire (genou gauche), à la suite de marches prolongées. Douleurs qui depuis dix jours ont obligé le malade à garder le lit.	Id.	Gonflement considérable du genou. Rotule soulevée par l'épanchement. Choc de sa face postérieure contre la face antérieure des condyles. Douleur spontanée très-vive surtout pendant la nuit, parfois lancinante. Mouvements impossibles à cause de la douleur. Peau chaude et rouge.	Fi P = La blan d'a

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
rthrose.	L'épanchement se résorbe, mais les extrémités articulaires restent plus volumineuses qu'à l'état normal et la douleur persiste.	Vésicatoire. Teinture d'iode. Immobilisation. Compression avec l'appareil ouaté pendant 12 jours.	Toniques, iodure de potassium.	L'épanchement a disparu, mais le malade ne peut marcher qu'avec des béquilles.	Bon.	4 mars	Sort sur sa demande.
Id.	L'épanchement diminue de jour en jour jusqu'au moment où sur sa demande le malade quitte le service.	Vésicatoire. Compression ouatée pendant huit jours. Appareil silicaté, le 25 mars.	Id.	L'épanchement a disparu.	Id.	10 avril.	Le malade quitte le service avec un appareil silicaté.
throse tique.	Amélioration rapide.	Appareil inamovible et compression ouatée.	Id.	Bon.	Id.	24 avril.	Id.
d.	La fièvre disparaît. L'appétit revient en même temps que l'état local s'améliore.	Large vésicatoire sur le genou gauche. Appareil ouaté pendant vingt-six jours.	Le 1er jour vin de quinquina et eau de Pullna. Au bout de trois jours suppression des laxatifs.	Id.	Id.	22 mai	Id.

TAB. XXXIV.

N^os^ D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DEBUT ÉPOQUE.	DEBUT MODE.	SIÉGE.	ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE L'ENTRÉE LOCAL.	GÉ[NÉRAL]
273	Reffe (Madeleine) 32 ans.	7 déc. 1874.	Rien à noter.	5 déc. 1874.	A tombé sur la plante des pieds de la hauteur d'un premier étage.	Articulation tibio-tarsienne gauche.	Gonflement et douleurs spontanées très-vives de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Peau chaude. Pas de déformation. Pas de crépitation. Pas d'ecchymose. Contusion simultanée de la région sacrée.	E sa peu
274	Debien (Pierre), 36 ans.	13 janvier 1874.	Id.	juin 1873.	Entré dans le service le 31 décembre 1873 pour une entorse remontant à trois mois. Immobilisation de l'articulation à l'aide d'une gouttière. Cataplasmes. Le 20 novembre, le malade quitte le service avec des béquilles. Nouv. poussée aiguë le 15 décembre.	A. tibio-tarsienne droite.	Toute la face dorsale du pied droit est le siége d'un œdème très-marqué. Les malléoles sont effacées. Douleurs très-vives dans l'articulation tibio-tarsienne, surtout à la pression. Épanchement de liquide dans l'articulation (fluctuation très-nette)	
275	Gisbert (Louis), 40 ans, journalier.	22 février 1875.	Douleurs rhumatoïdes à plusieurs reprises dans l'articulation malade depuis le mois d'avril 1874. Rien dans les autres jointures.	janvier 875.	Douleur et gonflement au niveau du cou-de-pied.	Id.	Légère tuméfaction de toute la région tibio-tarsienne sans rougeur ni chaleur de la peau. Douleurs vives s'exagérant par le mouvement et la pression. Mouvements très-difficiles, le malade ne peut s'appuyer sur cette jambe. Dans les mouvements provoqués petits craquements articulaires. Pas de déformation. Rien dans les autres articulations.	
276	Turgis (André), 40 ans. marchand ambulant.	6 janvier 1875.	Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.	3 janvier 1875.	Dans une chute, le genou gauche a porté sur l'angle d'un trottoir. Douleurs violentes qui ne l'empêchent pas de se relever et de marcher pendant un quart d'heure. S'est mis au lit où il est resté trois jours.	A. fémoro-tibiale gauche.	Douleurs spontanées très-vives dans le genou gauche. Mouvements impossibles. Tuméfaction de l'articulation qui contient une assez grande quantité de liquide (fluctuation manifeste). Peau luisante, tendue, légèrement rouge. Soif vive.	Un fiè Soi Lan ch P = TA:

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
...ite ai-...ë.	Diminution rapide des douleurs et des phénomènes généraux sous l'influence du traitement.	Compresses d'eau blanche. Immobilisation de l'articulation placée dans une gouttière métallique. Appareil plâtré pendant quinze jours.	Pas de médicaments. Mange. 4 degrés.	Guérison. Le gonflement et les douleurs ont disparu, la malade peut marcher.	Très-bon	25 janvier 1875.	
...ite sub-...uë.	Pendant les dix premiers jours l'épanchement semble augmenter, il ne diminue dans la suite que sous l'influence de vésicatoires répétés.	Pied mis dans une gouttière. Compression. Vésicatoires les 28 janvier, 11 et 18 février. Après la diminution de l'épanchement, le 24 février, appareil silicaté.	Id.	Le gonflement et les douleurs ont disparu.	Id.	25 février 1874.	Quitte le service avec un appareil silicaté.
...ite sub-...uë.	Pendant le séjour du malade à l'hôpital, l'affection est restée sensiblement stationnaire, les douleurs ont toutefois disparu.	Repos. Badigeonnage à la teinture d'iode.	Bains alcalins.	Plus de douleur pendant la marche. La crépitation et le gonflement ont diminué.	Id.	3 mars 1875	
...ite ai-...	Tend à la guérison sous l'influence du traitement prescrit.	Ventouses. Cataplasmes et immobilité dans une gouttière. Plus tard, compression et immobilisation avec de la ouate.	Pas de médicaments.	Les douleurs ont disparu. Le liquide s'est résorbé.	Id.	4 février 1875.	Quitte le service avec un appareil silicaté.

TAB. XXXV.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉE. LOCAL.	GÉN
277	Gueneau (Jean), 41 ans, ébéniste.	18 fév. 1874.	Strumeux.	1871.	Douleurs et gonflement du genou droit l'ayant contraint de garder le lit pendant six mois. A la même époque, serait survenue une petite tumeur du creux poplité, qui aurait disparu par la compression avec des bandelettes. Ouverture d'un abcès qui resta fistuleux. A la consultation, on lui prescrivit des cataplasmes, de l'onguent Canet et des bains sulfureux. Il n'interrompit pas son travail; mais, il y a 2 mois, il fut obligé, par les douleurs, de garder le repos L'orifice fistuleux, qui s'était fermé depuis un mois, se rouvrit vingt jours plus tard.	Articulation fémoro-tibiale droite.	Tuméfaction considérable de la région du genou droit, surtout à la partie interne. Empâtement. La rotule est soulevée par une certaine quantité de liquide épanché dans l'articulation, qui semble agrandie dans le sens antéro-postérieur. Dans les mouvements de flexion et d'extension l'on entend un bruit de frottement et des craquements. Mouvements pénibles et très-limités. Coloration normale de la peau. Sur la partie interne de l'articulation, à 4 centimètres du bord interne de la rotule, orifice d'un trajet fistuleux qui a une longueur de 7 centimètres 1/2 et se dirige de bas en haut et de dehors en dedans. Le stylet arrive au milieu d'un tissu mou qui ne paraît pas s'étendre jusque dans l'article. Par la pression, on peu faire sortir seulement quelques gouttes d'un pus sanguinolent mal lié. *Mensuration :* Circonférence au niveau du sommet de la rotule, 0m,375; celle du genou droit est de 0m,365.	Dél
278	Kreipit (Jean), 43 ans, maçon.	24 août 1874.	Rien à noter.	juillet 1873.	Chute d'une hauteur de 3m,50. La jambe droite se serait trouvée placée dans une fausse position. Douleurs qui l'ont forcé de garder le lit pendant 4 ou cinq jours. Application d'un vésicatoire volant, qui calma la douleur. Peu de temps après, à la suite de surmenage, il dut garder le lit pendant 15 jours. Il y eut ensuite intermittences de douleurs articulaires et de bonne santé. Pendant les douleurs, il gardait le repos 2 ou 3 jours et mettait des cataplasmes émollients. Le genou devint plus volumineux et se déforma. Claudication.	A. fémoro-tibiale droite.	Gonflement non douloureux et peu marqué, des parties molles qui avoisinent l'articulation. La face rotulienne est augmentée de largeur. Ni luxation ni subluxation. Douleurs diurnes intermittentes, mais très-vives. En imprimant des mouvements à la jambe, on perçoit un bruit de frottement dans l'articulation. La jambe ne peut se plier sous la cuisse au-delà d'un angle droit. *Mensuration :* Circonférence du genou malade, 0m,43; celle du genou sain est de 0m,41.	Ama ser P d'ap

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
hrite chro-que avec ca- de l'extré-té inférieure fémur.	Fermeture du trajet fistuleux le 27 février. Le 3 mars, poussée inflammatoire. Tuméfaction augmentée. Douleur très-vive, ayant son maximum un peu au-dessus du sommet du condyle interne du fémur. Perte de sommeil et d'appétit par suite de la douleur. Le 14 mars, disparition de la douleur.	Cataplasmes. Repos au lit. Bains généraux. Membre placé dans une gouttière métallique. Vésicatoire sur le genou.	Alcool, fer et quinquina.	»	Satisfaisant.	22 mars.	Le malade, se sentant mieux, demande à partir. Néanmoins la guérison est loin d'être complète. L'articulation est toujours volumineuse.
A rite défor-nte.	Peu de changement pendant son séjour dans le service.	Badigeonnages de teinture d'iode. Compression ouatée, bains alcalins, onctiont calmantes.	Huile de foie de morue, vin de quinquina.	Disparition des douleurs sans modification de l'état local.	Bon.	12 sept.	»

B. — Tumeurs blanches.

20 observations dont : 4 pour le coude; 2 pour la hanche; 9 pour le genou; 3 pour l'articulation tibio-tarsienne; 2 pour les articulations du pied. Sur ces 20 cas, 15 ont été observés chez des individus du sexe masculin; parmi ceux dont la profession est indiquée, les charretiers et les hommes de peine ont été les plus souvent atteints; notons toutefois que les deux malades traités pour des tumeurs blanches des articulations du pied étaient tous deux terrassiers. Quinze malades étaient manifestement scrofuleux; et chez cinq d'entre eux on trouvait des symptômes non équivoques de tuberculose pulmonaire. On a noté la chlorose chez une femme, la syphilis chez une autre. Dans six cas seulement, il n'y avait pas de manifestations diathésiques bien caractérisées.

L'âge de la vie auquel appartiennent le plus grand nombre de nos malades varie de vingt à trente ans. Ainsi, nous avons quatre individus de dix à vingt ans; sept de vingt à trente ans; trois de trente à quarante; un de quarante à cinquante; deux de cinquante à soixante et trois de soixante à soixante-dix. Il est même intéressant de faire remarquer que chez un de ces derniers malades, la tumeur blanche débuta à cinquante-neuf ans et que son apparition coïncida avec des symptômes de tuberculose pulmonaire (hémoptysies répétées, souffle aux deux sommets, amaigrissement). Au moment de son entrée dans le service, il était amaigri au dernier point, avait des hémoptysies fréquentes et des râles caverneux au sommet droit (voy. obs. 295, tab. XLI).

La maladie datait de moins de six mois chez quatre malades; dont trois n'avaient point encore de trajets fistuleux; chez les premiers les phénomènes étaient apparus depuis un temps variant entre six mois et un an. Chez deux de ces malades, il y avait au pourtour des articulations malades un ou plusieurs trajets fistuleux. Enfin, dans les autres cas la maladie datait

d'un temps variable entre deux et cinq ans; et une seule fois de plus de cinq ans. Nous ne comptons pas dans cette énumération le malade de l'observation 290 (tab. XXXIX).

Le début de la tumeur blanche se fit chez lui d'une manière assez obscure. A vingt ans, il aurait eu une luxation du genou mal réduite, et depuis lors l'articulation fémoro-tibiale intéressée aurait été le siége de manifestations inflammatoires semblables à celles qui l'obligeaient à entrer à l'hôpital (1er juin 1874).

On a noté l'ankylose de l'articulation malade dans trois cas; il est probable que chez le malade de l'observation 279 le traitement auquel il avait été soumis avant son entrée dans nos salles avait contribué à ce résultat (voy. obs. 279, tab. XXXVI).

Dans quatre cas, il y avait une atrophie plus ou moins prononcée du membre. Dans un cas, pendant le traitement d'une coxalgie, on vit survenir une hydarthrose du genou (obs. 283, tab. XXXVII).

Dans un cas nous pratiquâmes avec succès la résection du coude (observation 281, tab. XXXVI). Trois fois nous avons fait l'ignipuncture, et nous en avons obtenu de bons résultats. Onze malades sont sortis améliorés, un guéri. Chez quatre, l'état est resté stationnaire; deux sont morts. Parmi ces derniers, celui qui fait le sujet de l'observation 286 mérite une mention spéciale. Les premiers phénomènes de son affection articulaire étaient apparus six mois environ avant son entrée dans le service, et presque au même degré au niveau des deux genoux. A son entrée dans le service son état général était déjà très-mauvais, et bien que sous l'influence du traitement local la double affection des genoux n'empirât point, le malade devint de plus en plus cachectique. Il mourut huit mois après l'apparition de sa tumeur blanche, par suite des progrès d'une phthisie à marche rapide. A l'autopsie, nous trouvâmes, outre de l'ostéite raréfiante des extrémités articulaires et une nécrose partielle des cartilages, quelques îlots d'infiltration tuberculeuse au voisinage de l'articulation (obs. 286, tab. XXXVIII).

TAB. XXXVI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE L'ENTRÉE. LOCAL.	GÉNÉ
279	Lebiguais (Constant.), 52 ans, ?	2 oct. 1874.	Rien à noter.	1871.	Vit sans cause appréciable son coude gauche augmenter de volume en même temps que les mouvements devenaient plus difficiles. Peu à peu survinrent des douleurs sourdes qui augmentèrent surtout après le travail. Le malade entra en 1872 à Saint-Antoine, dans le service de M. Saint-Germain. Ignipuncture, puis appareil inamovible qui resta en place trois mois. En 1873, application d'un nouvel appareil sans résultats bien satisfaisants. L'articulation n'a jamais suppuré. — Pas de fistules. — Ankylose complète.	Articulation du coude gauche.	Gonflement notable du coude gauche. Douleur dans l'articulation. Faiblesse extrême du membre. Abolition des mouvements. Peau ayant conservé sa température et sa coloration normale, un peu luisante. Légère flexion de l'avant-bras sur le bras. Le toucher révèle un empâtement général de la région et une augmentation de volume des extrémités articulaires, surtout du côté de l'humérus. Commencement d'atrophie du membre. Pas d'orifices fistuleux.	Bon
280	Fourny 16 ans.	2 janv. 1874.	Rien à noter.	Janv. 1872.	Le coude du côté gauche se tuméfia sans cause connue, en même temps que les mouvements devenaient plus limités et douloureux Deux mois plus tard il se forma un abcès, resté fistuleux dont l'orifice est situé en avant et en dedans de l'olécrâne.	Id.	Trajet fistuleux à la face antéro-interne de l'olécrâne qui laisse écouler un liquide séro-purulent peu abondant. Bras dans la demi-flexion. Luxation spontanée du cubitus, l'olécrâne se trouve en arrière de l'épitrochlée, la cupule radiale est déjetée à gauche. Ankylose de l'articulation.	Id
281	Kannengisser (François), 31 ans, menuisier.	2 mars 1874.	Scrofule. Maux d'yeux jusqu'à douze ans. — Gourme dans son enfance.	Janv. 1870.	Ressentit des douleurs sourdes dans le bras gauche, qui se fatiguait plus vite que l'autre. Six mois après ces premiers accidents, formation d'un abcès péri-articulaire. Mouvements pénibles, cessation du travail. Il y a dix-huit mois, l'abcès s'ouvrit sur plusieurs points. L'un au-dessus, l'autre au dessous du condyle externe. Un troisième orifice existe à la partie interne de l'articulation. Depuis cette époque, de nouveaux abcès se sont formés et donnent lieu à une suppuration continuelle.	Id.	Avant-bras dans une légère flexion sur le bras. Vaste abcès à la partie interne de l'articulation. Trois trajets fistuleux. L'un en avant qui conduit obliquement vers la surface articulaire de l'humérus. Un second en arrière conduisant vers l'articulation radio-cubitale. L'autre interne, conduisant directement dans l'articulation. Par le stylet on trouve les surfaces articulaires molles bourgeonnantes, surtout du côté de l'humérus. Impossibilité des mouvements, commencement d'atrophie du membre.	Mauv

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS
ımeur uche. kylose onsé- ıtive.	Pendant le séjour du malade dans le service, la douleur disparaît complétement.	Appareil silicaté	Vin de quinquina. Fer.	Amélioration.	Bon.	17 oct.	Le malade quitte le service avec son appareil.
meur nche. ‹ylose nsé- tive.	État stationnaire pendant son séjour dans le service.	Immobilisation. Cataplasmes.	Id.	Même état qu'en entrant.	Id.	20 janvier.	Sorti du service sur sa demande.
meur nche.	La plaie guérit sans difficultés ni complications. Elle fut complétement fermée le 2 mai, époque à laquelle l'appareil plâtré fut enlevé.	7 mars. — Résection du coude par le procédé de M. Péan. (V. pour la description complète : *Éléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton.)	Rhum. Sulfate de quinine 0gr,50.	Guérison complète.	Id.	9 mai.	*Description de l'opération :* Incision curviligne en arrière, allant de l'épicondyle à l'épitrochlée. — On détache l'insertion du triceps au sommet de l'olécrâne, et on relève un peu le corps du muscle. — On agit de même pour toute la masse des muscles épicondyliens. On ménage soigneusement le nerf cubital. Puis l'avant-bras étant fléchi sur le bras, on détache le ligament antérieur, et on limite le plus soigneusement qu'il est possible la portion de l'humérus cariée ; puis on fait passer alors une scie à chaîne et on la resèque, après avoir conservé le périoste. La plaie est fermée par des sutures faites au moyen de fils d'argent. L'écoulement du pus et des liquides est assuré par un orifice laissé vers l'angle interne de la plaie et dans lequel on laisse un drain. Bras immobilisé dans la demi-flexion avec un appareil plâtré.

Tab. XXXVII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT ÉPOQUE.	DÉBUT MODE.	SIÉGE.	ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE L'ENTRÉE. LOCAL.	GÉN[…]
282	Duchesne (François), 63 ans, charpentier	9 avril 1875.	Rien à noter.	mars 1874.	Sans cause connue. Gonflement périarticulaire, formation d'un abcès dont l'ouverture reste fistuleuse.	Articulation du coude gauche.	Tuméfaction surtout marquée à la partie postérieure de l'articulation du coude droit, au niveau de l'olécrâne. Peau enflammée. Trajet fistuleux donnant quelques gouttes de pus séreux.	I[…]
283	Temporal (Eugène), ouvrier en parapluies, 15 ans 1/2.	23 fév. 1874.	Strumeux. Blépharite ciliaire.—Affections du cuir chevelu pendant l'enfance. Ganglions du cou volumineux.	février 1874.	Chute de voiture sur la jambe droite; quelques jours après, nouvelle chute du même côté sur le trottoir. Il ressent dans la jambe droite, dans la hanche, dans l'aine et dans la région lombaire des douleurs continuelles s'irradiant à l'épaule du même côté. Marche impossible. Garda le lit pendant plusieurs jours	A. coxo-fémorale droite.	Tuméfaction légère autour de l'articulation coxo-fémorale. Ensellure peu marquée. *A la vue.*—Allongement apparent du membre. *A la mensuration.* — Raccourcissement de 15 millimètres. Abduction et déviation de la pointe du pied en dehors. Claudication très-forte. Douleurs intermittentes assez vives au niveau du genou.	Asse[…]
284	Lepape (Adrien), 10 ans.	3 août 1874.	Strumeux Coxalgie constatée dès l'âge d'un an.	1865.	Coxalgie traitée sans succès au moyen d'un appareil construit par Charrière. Il y a six mois, apparition de deux collections purulentes à la racine de la cuisse, l'une à la face interne, du volume d'une mandarine, l'autre, plus grosse, a $0^m,03$ au-dessous et en arrière du grand trochanter.	Id.	Cuisse à demi fléchie sur le bassin. Roideur du membre. Mouvements de flexion et d'extension absolument impossibles. Mouvements d'abduction et d'extension à peine appréciables et très-douloureux. Cuisse moins développée que du côté sain. Distance du grand trochanter au condyle externe sensiblement égale des deux côtés. Peu d'ensellure. Deux collections purulentes aux points déjà indiqués.	Mai[…]
285	Denoix (Joseph), 60 ans, charretier.	26 avr. 1875.	Rien à noter.	3 mois.	Chute sur le genou droit d'un moule pesant 25 kilog., d'une hauteur de $0^m,50$ environ. Douleurs très-vives. Les jours suivants le malade a failli perdre connaissance. Application de cataplasmes sans résultat.	A. fémoro-tibiale droite.	Gonflement considérable du genou droit. Douleurs excessives à la pression. Impossibilité des mouvements volontaires, mouvements provoqués très-douloureux. Peau tendue, un peu rouge. Rotule soulevée par l'épanchement. Choc de sa face postérieure contre la partie correspondante des condyles.	La[…] sale, d'ap[…] Pouls fréq[…] = 9[…] de so[…]

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL.	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
meur nche.	La suppuration diminue.	Ignipuncture.	Fer et quinquina, huile de foie de morue.	Guérison.	Bon.	12 Avril.	
Id.	Après l'application de l'appareil les douleurs disparurent assez vite, mais bientôt survint un épanchement dans le genou correspondant.	Repos avec appareil silicaté laissé en place pendant six semaines. On badigeonne le genou avec de la teinture d'iode. Bande roulée autour du genou.	Tonique. Huile de foie de morue. V. de qq. Sirop d'iodure de fer.	Disparition de la douleur et du gonflement péri-articulaire.	Id.	18 Avril	Sorti sur sa demande.
Id.	Après l'évacuation des deux foyers purulents, les orifices se cicatrisent bien. Pendant le séjour du malade dans le service, il ne se forme pas de nouveaux abcès.	8 Août. — On ponctionne les deux poches. On passe un drain dans la poche externe pour les lavages iodés. Poche interne vidée à l'aide d'un trocart, après avoir détruit le parallélisme. Pus épais, bien lié. En explorant soigneusement l'intérieur des deux poches avec le stylet, on ne peut pénétrer dans la jointure. Gouttière de Bonnet.	Id.	Le membre est sensiblement dans le même état qu'à l'entrée. Toutefois les deux abcès sont guéris.	Amélioré.	19 Août.	
meur nche debut écutive une te aiguë	Diminution rapide des douleurs et des phénomènes généraux sous l'influence du traitement. L'articulation reste tuméfiée. Quelques craquements pendant les mouvements.	Immobilisation de la jambe dans une gouttière. Large vésicatoire compresseur ouaté. 7 Mai. — Appareil silicaté sur ouate.	Id.	Disparition des phénomènes aigus.	Bon.	8 Mai.	Quitte le service avec un appareil silicaté.

TAB. XXXVIII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT		SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉ[E]	
				ÉPOQUE.	MODE.		LOCAL.	G[…]
286	Pierrat (Louis), 27 ans, garçon de magasin.	13 décem. 1874.	Strumeux. Bras, jambes et tronc couverts de scrofulides remontant à l'enfance. Non syphilitique. Hémoptysies répétées.	juin 1874.	Gonflement et rougeur du voisinage de l'articulation. Difficulté des mouvements, le tout survenu spontanément.	Articulations fémoro-tibiales.	Genou droit. Deux trajets fistuleux sur la face externe du genou droit, s'ouvrant l'un en haut vers la partie moyenne de l'extrémité inférieure, l'autre en bas vers la surface articulaire du tibia. En dedans et en arrière, quatre trajets. Rotule ayant perdu sa forme, devenue irrégulière et immobile. Extrémités articulaires très-volumineuses. Avec le stylet, elles semblent molles, fongueuses. Exploration très-douloureuse. Genou gauche. Gonflement des extrémités articulaires. Tous les mouvements diminués d'étendue et douloureux.	A[…] s[…] Te[…] cl[…]
287	Treillet (Émilie), 29 ans, journalière.	12 février 1875.	Rien à noter.	novem. 1874.	Le genou a gonflé insensiblement sans cause connue. Douleurs modérées au début, plus vives maintenant. On applique en ville deux vésicatoires successifs. Repos forcé.	A. Fémoro-tibiale droite.	Tuméfaction de tout le genou droit. — Un peu d'épanchement articulaire. Peau d'aspect normal. Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Marche et station verticale très-pénibles. Gonflement des extrémités articulaires surtout du côté des condyles fémoraux. Rotule moins mobile qu'à l'état normal.	Éma[…] Dé[…]
288	Roy (Marie), 17 ans, domestique.	16 mars 1875.	Strumeuse. Scrofulides, kérato-conjonctivites dans l'enfance.	février 1874.	Tuméfaction, douleur et altération du fonctionnement du genou gauche sans cause connue.	A. fémoro-tibiale gauche.	Œdème périarticulaire considérable. Extrémités articulaires paraissant tuméfiées. Jambe dans l'extension; flexion impossible (les tentatives sont très-pénibles pour la malade). Pas d'épanchement, pas de trajet fistuleux, pas d'abcès, pas de cicatrices.	B[…]

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT		ÉTAT CONSTATÉ au moment DE LA SORTIE.		DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
		LOCAL.	GÉNÉRAL.	LOCAL.	GÉNÉRAL.		
...rs blan- ... des 2 ...s.	6 janvier 1875. — Tuméfaction considérable du genou droit. Fluctuation dans l'articulation malade remontant jusque sous le tendon du triceps. Le pus augmente et semble mieux lié. Frissons répétés. On constate après le passage d'un drain qu'un large décollement occupe toute la face antérieure de l'articulation. 14 janv. — Le malade s'affaiblit de jour en jour. Fièvre hectique, sueurs nocturnes. Signes suspects aux deux sommets. Respiration rude. Expiration prolongée. Un peu d'albumine dans l'urine. Mort le 16 février.	7 janv. — On passe un drain par toute la longueur de la fusée ; il s'écoule un pus de bonne nature d'abord, puis séreux, mal lié. 10 janv. — On fait sortir soigneusement le pus trois ou quatre fois par jour. 13 janv. — Lavages avec une solution très-étendue de teinture d'iode.	Reconstituant. Fer et quinquina. Vin de Bagnols. Alimentation fortifiante.				*Autopsie.* Articulations fémoro-tibiales. *A droite.* — Surfaces articulaires dénudées. Une partie des cartilages a complétement disparu ; une autre est détachée et nécrosée. Tissu osseux dénudé, raréfié, infiltré de granulations tuberculeuses par places Des fragments de cartilage flottent au milieu du pus sanieux qui remplit toute l'articulation. Lig. croisés presque détruits ; lig. latéraux mobiles. La synoviale est vascularisée et recouverte de pus. *A gauche.* — L'articulation du côté gauche est remplie d'un liquide jaune citrin et de coagula fibrineux. Cartilages poisseux recouverts de pus. *Poumons:* Tubercules miliaires généralisés, avec cavernules au sommet gauche.
...r blan- ...au dé-	Le gonflement et les douleurs spontanées disparaissent sous l'influence du traitement, mais les mouvements restent difficiles.	On applique seize pointes d'ignipuncture après anesthésie par le chloroforme. Puis compression ouatée pendant six semaines. Application consécutive d'un appareil silicaté.	Huile de foie de morue. Vin de quinquina. Sirop d'iodure de fer.	Amélioration très-marquée.	Satisfaisant.	13 juin.	La malade quitte le service avec un appareil silicaté.
... blan- ... (anky- ... consé- ... du ge- ... roit).	Disparition de l'œdème.	Appareil à compression ouaté.	Pas de médicaments. (4e degré.)	Amélioré.	Le même qu'à l'entrée.	24 mars.	La malade doit se procurer un appareil qui lui rende la marche plus facile.

TAB. XXXIX.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉ[E] LOCAL.	GÉ[NÉRAL]
289	Leduc (Paul), 27 ans, cordonnier.	9 avril 1875.	Strumeux. Tuberculose probable. Bronchites répétées, hémoptysies.	1873.	Douleurs spontanées dans l'articulation, puis tuméfaction avec douleur et chaleur de la peau.	Articulation fémoro-tibiale droite	Le genou présente l'aspect de deux cônes volumineux accolés par leurs bases et dont les sommets regarderaient l'un en dehors, l'autre en dedans. Effacement des saillies osseuses. Infiltration des parties molles. Douleurs très-vives au moindre contact. Demi-flexion de jambe sur cuisse. Marche très-douloureuse. Claudication. Pas de trajets fistuleux.	Ém de Ca au de po (S gar met cha lent mu
290	Enquebec (Charles), 55 ans,	1er juin 1874.	Cicatrice ganglionnaire. Blépharite ciliaire chronique.	Ne peut donner que des renseignements sans valeur.	A 20 ans, luxation du genou mal réduite. On luxe de nouveau, mais les résultats sont loin de répondre aux espérances. 3 mois après, abcès qui envahit la jambe. Débridements dont on voit encore les cicatrices. La jambe s'est fléchie sur la cuisse. Le malade garda le lit pendant un an. La jambe suppura pendant 3 ans, le malade marchait avec des béquilles. Ankylose tibio-tarsienne. Mouvements de l'articulation du genou du même côté en partie perdus. A 40 ans, douleurs dans le genou avec contracture des fléchisseurs. La jambe revient peu à peu dans la demi-flexion. A douze ans, mêmes accidents. Depuis 4 mois, douleurs atroces dans le genou. Marche impossible. Application de sangsues. 3 vésicatoires. Perte du sommeil et de l'appétit.	Id.	Genou déformé. Demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Douleurs dans le genou droit qui s'irradient jusqu'au niveau du grand trochanter. Coloration violacée des téguments. Pas de fistules ni d'abcès périarticulaires.	

	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT		ÉTAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE.		DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
		LOCAL.	GÉNÉRAL.	LOCAL.	GÉNÉRAL		
…leur …he.	L'état du genou s'améliore légèrement, mais la phthisie suit rapidement sa marche.	Chloroformisation. On redresse le membre que l'on immobilise dans une gouttière plâtrée.	Toniques. Vin de quinquina. Huile de foie de morue.				Mort le 25 juin. L'autopsie n'a pu être faite.
…leur …che …nne. …ylose …ielle …utive.)	Augmentation notable de la douleur pendant les 3 premiers jours qui ont suivi l'application de l'appareil. Diminution au bout de ce temps.	Redressement forcé de la jambe, maintenu par un appareil ouaté. Compression progressive.	Aucun médicament. (4e degré.)	Amélioration.	Satisfaisant.	3 juillet,	Sort sur sa demande.

Tab. XL.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT.		SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉE	
				ÉPOQUE.	MODE.		LOCAL.	GÉ
291	Mathieu (Charles), 24 ans.	9 février 1874.	Strumeux.	1859.	Tumeur blanche dont le malade ne se rappelle plus le mode de début. Cinq mois plus tard, extraction de plusieurs séquestres. Depuis lors, pas de nouvelles poussées aiguës, si ce n'est il y a 4 mois.	Articulation fémoro-tibiale droite.	Tuméfaction considérable du genou. Rotule sensible en avant, paraît augmentée de volume et immobile. Extrémités du fémur et du tibia très-volumineuses. Jambe dans l'extension. Cinq orifices fistuleux, deux en avant, deux en arrière et un sur le côté externe, donnant issue à du pus séreux. Grosse tumeur fluctuante au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Carie reconnaissable au stylet.	Syn sn so alb c l'u
292	Leviel (Thaïs), 28 ans.	15 mai 1874.	Strumeuse. (Cicatrices de plusieurs abcès ganglionnaires du cou.)	mai 1873.	Faiblesse dans le genou droit. Flexion involontaire et subite pendant la marche. Quelques mois plus tard, douleurs spontanées augmentant progressivement. Gonflement. Il y a 6 mois son médecin applique des cautères qui suppurent pendant 3 mois.	Id.	Gonflement considérable de l'articulation du genou. — Douleurs spontanées, sourdes, surtout pendant la nuit. Extrémités articulaires plus volumineuses qu'à l'état normal. — Membre dans la demi-flexion, ne peut être étendu. Œdème périarticulaire très-prononcé au voisinage du genou. Pas de fluctuation. Rotule en place, mais peu mobile. Rien du côté de l'articulation coxo-fémorale. Longueur du membre, la même des deux côtés.	Chlo
293	Legrand (Emmanuel), palefrenier, 30 ans.	11 décembre 1874.	Peau déprimée, ridée. Strumeux. (Cicatrices de tumeurs ganglionnaires.) A eu en outre une ostéite suppurée du 1/3 moyen de l'humérus gauche, il y a 5 ans, ayant amené un abcès en arrière au-dessus du sommet de l'olécrâne. Bras ankylosé dans l'extension.	15 juin 1874.	Chute dans un escalier. Le genou a heurté l'arête d'une marche. Douleurs et faiblesse dans le genou occasionnant des chutes pendant la marche.	Id.	Gonflement du genou droit sans déformation. Peau d'aspect normal. Commencement d'atrophie de la jambe. Augmentation de volume des extrémités osseuses. Epanchement articulaire. Empâtement des parties molles. Douleurs nocturnes. Marche très-difficile. Pas d'œdème, ni d'abcès, ni de trajets fistuleux.	Ma ané syn sus a d sou

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ETAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ETAT DU MALADE au moment DE LA SORTIE. GÉNÉRAL	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
ieur che.	Séjour trop court dans le service pour qu'on puisse rien constater.	Evacuation du foyer de l'abcès et passage d'un drain.	Toniques.	Le même qu'à l'entrée.	Stationnaire.	12 février	Le malade refuse l'amputation de la cuisse et la résection du genou; il sort sur sa demande trois jours après son entrée.
	Disparition des douleurs un mois après l'application de l'appareil.	Immobilisation et compression du membre au moyen d'un appareil ouaté et silicaté renouvelé toutes les 6 semaines.	Vin de quinquina. Huile de foie de morue.	Disparition des douleurs.	Bon.	20 septembre	La malade quitte le service avec son appareil.
	Amélioration sensible après un mois de traitement.	Badigeonnages avec la teinture d'iode et compression ouatée. Immobilisation du membre par un appareil silicaté.	Id.	Amélioration notable.	Bon.	13 mars 1875.	Revenu dans le service le 12 avril 1875 se plaignant, depuis quelques jours, d'un peu plus de tuméfaction du genou et de douleurs fugaces dans l'articulation. Ignipuncture (12 pointes de feu). Appareil ouaté compressif. Disparition complète des accidents le 12 juin. Plus de douleur, plus d'œdème périarticulaire, plus de traces d'inflammation des téguments. Marche facilement.

TAB. XLI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT.		SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉ[E]	
				ÉPOQUE.	MODE.		LOCAL.	G
294	Bekardy (Belonie) 37 ans, artiste-dramatique.	15 décembre 1874.	Syphilitique. (Chancre, bubons, roséole, alopécie).	octobre 1870.	Sans cause appréciable. Douleurs spontanées dans l'articulation tibio-tarsienne.	Articulation tibio-tarsienne droite.	Disparition du tissu adipeux dans la jambe droite, les muscles font saillie sous la peau et paraissent eux-mêmes légèrement atrophiés. Œdème périarticulaire de la région tibio-tarsienne Peau tendue luisante, adhérente aux parties sous-jacentes, violacée. Le malade ne peut appuyer sur cette jambe. Sur la face externe du calcanéum, trajet fistuleux. Le stylet se dirige obliquement en haut et rencontre des os dénudés. Les mouvements provoqués déterminent des craquements perceptibles à distance et sont très-pénibles pour le patient.	r A ca
295	Chrétien (François), 60 ans, charretier.	5 février 1875.	Hémoptysies répétées et toux fréquente depuis 8 mois.	février 1874.	Douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne droite, suivies bientôt d'œdème de la région et de douleurs telles que la marche est devenue impossible depuis 4 mois.	Id.	Gonflement notable de la région tibio-tarsienne droite. Plusieurs fistules au niveau de la malléole externe. Le stylet pénètre dans l'articulation, au contact des surfaces articulaires dénudées. Marche impossible. Mouvements limités et très-douloureux. Dans les mouvements provoqués, frottement perceptible des surfaces articulaires. Issue de pus séreux en assez grande quantité par les fistules.	s ca H fr nc ca
296	Pellisse (Pierre), 26 ans, terrassier.	3 mars 1875.	Strumeux. Tumeur blanche du coude depuis 8 ans. Suppuration par plusieurs fistules très-visibles dont on voit les cicatrs. L'une d'elles située au pli du coude donne encore un peu de sérosité. Avant-bras demi-fléchi sur le bras et ankylosé dans cette position.	1er février 1874.	Douleur spontanée de la partie antérieure du tarse, suivie au bout de 4 jours de gonflement de toute la face dorsale du pied.	A. tarso-métatarsienne et les articulations des métatarsiens entre eux	Gonflement douloureux surtout à la pression de la face dorsale du pied gauche. Peau rouge chaude et tendue. Les orteils, le talon, la face plantaire ne présentent rien d'anormal.	A s ca
297	Loriot (Arsène), 52 ans, terrassier.	1er juillet 1874.	En 1870, tumeur blanche de la première articulation métatarso-phalangienne ayant nécessité la désarticulation du gros orteil.	5 ans.	Tumeur blanche. En 1870, amputation du gros orteil.	Toutes les articulations du pied sauf celle des phalanges paraissent intéressées.	La totalité du pied gauche est le siège d'un gonflement énorme. Il existe plusieurs fistules par lesquelles suinte continuellement un liquide séro-purulent abondant. Avec le stylet on pénètre dans les articulations tarso-métatarsiennes, dans lesquelles on trouve des fongosités très-nombreuses.	

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT		ÉTAT CONSTATÉ au moment DE LA SORTIE.		DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
		LOCAL.	GÉNÉRAL.	LOCAL.	GÉNÉRAL		
meur iche. rie et grosses ielles rémités laires.	L'état local s'améliore légèrement pendant le séjour de ce malade dans le service.	Cautérisations fréquentes par le trajet fistuleux avec le nitrate d'argent.	Iodure de potassium. Toniques, fer, quinquina. Repos au lit.	Peu d'amélioration. Le trajet fistuleux livre toujours passage au pus.	Meilleur qu'à l'entrée.	4 mai 1875.	Le 10 mars (3 mois 1/2 après son entrée) le malade se plaignit d'un rétrécissement du rectum situé à 0m,04 au dessus de l'orifice anal. Il fut traité avec succès par la dilatation forcée.
neur iche.	Id.	Immobilisation de l'articulation lésée à l'aide d'une attelle plâtrée postérieure. Compression ouatée.	Vin de quinquina. Huile de foie de morue.	Peu d'amélioration.	Très-mauvais.	5 mars 1875.	La malade quitte le service sur sa demande.
l.	Malgré le traitement, le gonflement et les douleurs augmentent.	Cataplasmes et immobilisation jusqu'au 15 mars, alors une incision au point où la peau est rouge, chaude, amincie. Écoulement d'un peu de pus, mais on voit par l'ouverture que la face dorsale du pied est remplie de fongosités et que les extrémités articulaires sont cariées.	Vin de quinquina. Fer.	Id.	Mauvais.	9 avril 1875.	A refusé l'amputation du pied, quitte le service sur sa demande.
l.	»	Cataplasmes. Immobilisation du pied.	Toniques.	Id.	Id.	5 juillet 1874.	Id.

§ III

HYGROMAS.

Nous avons affaire cette fois à des affections bien certainement professionnelles. Chez quatre malades, nous avons fait la remarque que leur travail exigeait qu'ils occupassent habituellement la position dite à genoux. Parmi les quatre autres on en trouve un dont la profession n'est pas indiquée ; un autre dont le travail réclame la position assise (un ciseleur), un troisième qui travaille habituellement à l'humidité et dans la station verticale (un vidangeur), enfin la dernière observation a pour sujet un garçon marchand de vin dont les travaux exigent, tantôt la station verticale, tantôt la position à genoux. Des quatre premiers malades, un était un emballeur, un autre un zingueur, un troisième un plombier, un quatrième un tailleur de pierres. Dans tous ces cas l'hygroma occupait la bourse prérotulienne du côté droit. Dans trois observations, l'hygroma était aigu, et était survenu depuis douze à quinze jours ou même un temps plus court ; dans un cas, il s'agissait d'une poussée aiguë qui s'était faite sur un hygroma chronique (obs. 299, tab. XLII).

Chez le malade de l'observation 303 (tab. XLIII) l'hygroma était suppuré. Cette particularité n'était pas d'ailleurs la seule intéressante que présentât cette tumeur. Elle était survenue brusquement à la suite d'un traumatisme assez léger par lui-même. Ce fut trois semaines seulement après son apparition qu'elle s'enflamma et suppura. Ce malade était tuberculeux, il était très-amaigri avait de la fièvre hectique et des sueurs nocturnes profuses.

Le traumatisme a été noté dans un autre cas comme cause déterminante de l'hygroma ; la tumeur se développa à la suite d'une pression très-forte exercée par une pièce de vin contre le genou du malade, toutefois les occupations de la personne

exigeaient quelquefois un travail à genoux (obs. 305, tableau XLIII). Dans tous les cas, le traitement fut absolument le même, on ouvrit la collection liquide par une incision cruciale, et l'on plaça à l'intérieur deux mèches de charpie. Dans tous les cas, les malades ont quitté le service complétement guéris.

TAB. XLII.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS	DÉBUT. ÉPOQUE.	DÉBUT. MODE.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENT[RÉE] LOCAL.
298	Legat (Aimable), 42 ans, emballeur.	mars 1874.	Se sert souvent de son genou droit pour maintenir les planches qu'il ajuste.	16 février	Douleurs dans le genou, s'irradiant dans la cuisse. Rougeur qui s'étend de la face antérieure du genou à toute la cuisse. Douleurs au niveau de la rotule, à certains points de cette rubéfaction.	Bourse séreuse prérotulienne droite.	Tumeur arrondie, très-mobile, du volume d'un petit œuf, fluctuante, peu douloureuse à la pression, à la face antérieure de la rotule gauche. A l'incision issue d'un demi-verre environ de pus de bonne nature. Adénite des ganglions de la cuisse et de l'aine droites.
299	Delinot (Victor), 34 ans, zingueur.	10 avril 1874.	Travaille presque continuellement à genoux.	mars 1871.	Le malade portait au genou une grosseur qui disparaissait quand il cessait de travailler à genoux. Il y a 15 jours, coup de marteau au niveau de la rotule droite. Obligé de quitter son travail.	Id.	A la face antérieure du genou droit, immédiatement sur la rotule une petite tumeur du volume d'un gros œuf, molle, fluctuante. Au même niveau, peau rouge, enflammée. Issue de sérosité citrine contenant un peu de pus à l'incision.
300	François (Jean-Baptiste), 32 ans, plombier.	1er juillet 1874.	Travaille presque continuellement à genoux.	12 juin 1874.	Chute sur le genou gauche. Depuis, a remarqué à la face antérieure du genou une tumeur qui augmentait sensiblement de volume.	B. pr. gauche.	A la face antérieure du genou gauche, sur la rotule, tumeur du volume d'un gros œuf, ovoïde, molle, fluctuante, sous-cutanée. Peau rouge et chaude sur toute la surface de la tumeur. Ecoulement d'un liquide séro-sanguin à l'incision.
301	Duron (Jean), 26 ans, tailleur de pierre.	10 juillet 1874.	Travaille souvent à genoux et s'appuie de préférence sur le genou droit.	25 juin 1874.	Coup sur le genou et remarqua dès lors une tumeur du volume d'un œuf.	Id.	Tumeur du volume d'un gros œuf, molle, fluctuante à la partie antérieure du genou gauche, se dirigeant vers la tubérosité antérieure du tibia. Peau tendue, rouge, lisse, chaude. A l'incision, écoulement de pus mélangé de sang.
302	Masson (Rose), 66 ans.	14 août 1874.	Rien à noter.	7 juin 1874.	Chute sur le genou. Dès lors, une tumeur indolente se développa au point contus et du côté gauche.	Id.	Tumeur du volume d'une mandarine, molle, fluctuante, sans altération de la température et de la coloration de la peau. à la région prérotulienne. La pression ne donne pas la sensation de bruit d'amidon : à l'incision issue d'un liquide citrin mélangé de caillots sanguins.

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT CONSTATÉ au moment DE LA SORTIE LOCAL.	ÉTAT CONSTATÉ au moment DE LA SORTIE GÉNÉRAL	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
…roma …gu.	La rougeur de l'angioleucite a disparu au bout de 8 jours.	18 février. Incision cruciale et pansement avec des mèches.	Pas de médicaments. 4e degré.	Guérison.	Bon.	5 mars	»
…roma …nique … poussée …guë.	Marché régulièrement vers la guérison sons l'influence du traitement.	Incision cruciale occupant toute la tumeur. Pansement avec des mèches.	Id.	Id.	Id.	25 avril 1874.	»
…roma …gu.	Id.	Ponction et contre-ponction à l'aide d'un trocart. Passage d'un drain. Lavages iodés.	Id.	Id.	Id.	11 juillet 1874.	»
…d.	Id.	15 juillet. Incision cruciale comprenant toute l'étendue de la tumeur. Pansement avec des mèches.	Id.	Id.	Id.	21 juillet 1874.	»
…roma …ique.	Id.	14 août. Incision cruciale. Pansement avec des mèches.	»	Id.	Id.	20 août 1874.	»

Tab. XLIII.

Nos d'ordre.	NOM AGE profession.	DATE DE L'ENTRÉE à l'hôpital.	ANTÉCÉDENTS.	DÉBUT. Époque.	DÉBUT. Mode.	SIÉGE.	ÉTAT CONSTATÉ AU MOMENT DE L'ENTRÉE. Local.	GÉ[…]
303	Castillard (Henri), 26 ans, vidangeur.	5 mars 1875.	Rien à noter.	1er février 1875.	Chute sur le genou qui a gonflé aussitôt : apparition d'une petite tumeur en avant de la rotule. Le malade a travaillé pendant trois semaines. Inflammation et suppuration depuis huit jours.	Bourse séreuse prérotulienne droite.	Abcès prérotulien, provenant d'un hygroma suppuré. Petite fistule au centre d'une poche du volume d'un gros œuf de poule. Peau rouge luisante, suppuration par la fistule. Articulation saine.	Tu au so An se s no
304	Colin (Auguste), 16 ans, ciseleur.	21 avril 1875.	Id.	17 avril 1875.	Chute sur le genou.	Id.	La bourse séreuse prérotulienne est le siége d'une tumeur du volume d'un petit œuf, la peau est rouge. Tumeur fluctuante, douloureuse à la pression, parfaitement limitée : pus de bonne nature à l'incision.	
305	Oudat (Alfred), 16 ans, garçon marchand de vins.	19 mars 1875.	Id.	15 février 1875.	Pression d'une demi-pièce de vin sur le genou droit ayant duré quelques secondes.	Id.	Partie antérieure et inférieure du genou, siége d'une tumeur du volume d'un œuf ordinaire et un peu allongée, bien circonscrite, rénitente, élastique, fluctuante, indolente. Gêne des mouvements. La jambe ne peut être complétement étendue sur la cuisse. Peau normale.	
306	Boidart (Silvain), 26 ans, employé.	10 avril 1874.	Strumeux. Scrofulides. Affection du cuir chevelu dans la jeunesse.	1869.	Légère douleur au niveau de la malléole externe droite qui s'accrut et s'étendit à la région dorsale du pied. Reste au lit pendant 5 mois. Application de mouches volantes ; de pommade iodurée. Amélioration. Marche avec une canne pendant un an. Reprend le lit pendant 6 mois. Trajet fistuleux en arrière de la malléole interne. Suppuration tarie au bout de 6 semaines. La maladie resta stationnaire 2 ans.	Tibio-tarsienne droite.	Douleurs spontanées très-vives dans l'articulation tibio-tarsienne. Peau tendue, rouge, lisse et luisante. Deux trajets fistuleux dont un en avant sur le cou-de-pied, un autre au-dessous du sommet de la malléole externe. Avec le stylet on trouve des fongosités mollasses du côté des os de jambe et du col de l'astragale. Tous les mouvements sont impossibles.	n A ca

DIAGNOSTIC.	MARCHE DE LA MALADIE.	TRAITEMENT LOCAL.	TRAITEMENT GÉNÉRAL.	ÉTAT CONSTATÉ au moment DE LA SORTIE. LOCAL.	ÉTAT CONSTATÉ GÉNÉRAL	DATE DE LA SORTIE.	OBSERVATIONS.
ygroma ppuré.	La suppuration diminue sous l'influence du traitement.	Passage d'un drain dans la tumeur qui suppure abondamment les jours suivants. Injections et lavages avec de l'eau alcoolisée.	Huile de foie de morue. Vin de quinquina. Alimentation fortifiante. Viande crue	Guérison. Fermeture de la fistule.	Un peu meilleur que lors de l'entrée.	27 mars 1875.	»
ygroma aigu.	La suppuration diminue de jour en jour et se tarit le 4 mai.	22 avril. Incision cruciale. Appareil inamovible.	Toniques.	Guérison.	Bon.	8 mai 1875.	»
ygroma ronique.	Le volume de la tumeur a diminué rapidement sous l'influence du traitement.	Deux vésicatoires successifs. Compression élastique dans un appareil ouaté.	Pas de médicaments. 4e degré.	Id.	Id.	2 juin 1875.	»
umeur anche.	L'immobilisation amène au bout de 3 jours la disparition des douleurs. 15 jours plus tard le malade qui porte un appareil silicaté se lève et peut marcher.	Badigeonnages avec teinture d'iode. Pied placé dans une gouttière pendant 4 jours. Appareil silicaté laissé en place pendant 3 semaines.	Huile de foie de morue. Iodure de potassium. Sirop de fer.	Amélioration.	Beaucoup meilleur qu'à l'entrée.	12 septembre	Le malade peut marcher avec une canne. SUPPLÉMENT au TABLEAU XXXIII

CHAPITRE VI

MALADIES DES ORGANES DES SENS

Ce chapitre renferme vingt-huit observations : dix-huit pour l'appareil de la vision, quatre pour celui de l'ouïe, quatre pour les fosses nasales, enfin une seule pour les organes de la gustation. Nous n'avons mentionné ici que la langue; les maladies du plancher de la bouche, de la voûte palatine, du voile du palais, etc., seront placées dans la portion sus-diaphragmatique du tube digestif.

1° *Appareil de la vision.* — Plusieurs de ces maladies ont eu pour cause des accidents. Ainsi, nous trouverons parmi celles des annexes du globe de l'œil, une blépharite phlegmoneuse et deux conjonctivites consécutives à l'action de substances caustiques; pour le globe de l'œil lui-même, une luxation partielle à la suite d'un coup de poing (obs. CCCXX).

Le malade, au moment de son entrée au service, avait une forte exophthalmie et une hémorrhagie sous-conjonctivale abondante, avec chémosis. Les mouvements du globe étaient tous diminués, ainsi que l'acuité visuelle. Malgré cela, le malade guérit complétement. Le traitement consista en saignées locales (sangsues à l'apophyse mastoïde, scharification de la conjonctive), et en instillations d'atropine.

Voici, du reste, le tableau résumé de ces différents cas :

Annexes du globe de l'œil.	Paupières.	Blépharite phlegmoneuse. (Action d'un caustique.) Cataplasmes. Guérison en six jours.		
		3 Cancroïdes. Chez :	Homme de 66 ans. Début 3 ans, limité à la paupière.	Traitement. Ablation de tous les tissus envahis. Guérison dans les trois cas.
			Femme de 68 ans. Début 2 ans, propagé à une petite portion de la conjonctive bulbaire.	
			Femme de 66 ans, ayant des antécédents héréditaires de cancer. Début 3 ans. Invasion de tout le globe de l'œil.	
	Appareil lacrymal.	Dacryocystite aiguë. — Cataplasmes; puis opération de Bowman et cathétérisme. Guérison au bout de dix-neuf jours.		
		Fistules lacrymales. — D.D.C.(1). Chez un syphilitique. Se sont fermées sans médication locale sous la seule influence d'un traitement général antisyphilitique.		
	Conjonctive.	2 Conjonctivites par l'action de substances caustiques. (Chaux et nitrate d'argent.) Application de glace et collyre au sulfate de zinc. Guérison au bout de quelques jours.		
		2 Conjonctivites granuleuses avec pannus et accidents aigus. Cautérisation énergique des granulations. Disparition des accidents aigus au bout de quelques jours.		
		1 Conjonctivite phlycténulaire chez un malade travaillant dans une atmosphère à une température élevée. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Guérison en quelques jours.		
		1 Ophthalmie blennohrragique. Coll. au nitrate d'argent à 1/30. Guérison.		
	Cavité orbitaire.	Sarcome fasciculé de l'orbite avec hyperostose des parois de la cavité. Énucléation. Mort par encéphalite.		
Globe de l'œil lui-même.	Globe dans sa totalité.	1 Luxation incomplète avec thrombus probable de l'orbite. Guérison.		
	Cornée.	2 Kératites ulcéreuses, dont une avec hypopion. Cautérisation et instillations de sulfate neutre d'atropine. Guérison dans les deux cas.		
	Iris.	1 Iritis rhumatismale. Instill. de sulf. n. d'atr. Guérison.		
	Cristallin.	1 Cataracte lenticulaire, extraction. — Succès complet.		

2° *Appareil de l'ouïe.* — Nous avons eu à traiter quatre suppurations de l'oreille moyenne; une d'elles était consécutive à

(1) Nous emploierons fréquemment les abréviations D.D.C. (des deux côtés), O. D. (œil droit), O. G. (œil gauche).

une otite moyenne aiguë, limitée à la caisse du tympan. La maladie amena très-rapidement une perforation de la membrane; la suppuration resta, d'ailleurs, bien limitée à la caisse et fut tarie par des injections intra-auriculaires d'eau aluminée (obs. CCCXXVIII).

Dans les trois autres cas, le pus avait gagné les cellules mastoïdiennes. Il s'était même fait une fois une trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde sans perforation du tympan. On donna issue au pus par une simple incision des téguments (Obs. CCCXXVI).

Chez deux malades nous dûmes pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde; l'opération a donné d'excellents résultats; avec des injections détergentes consécutives, la maladie a été radicalement guérie en très-peu de temps.

Nous n'avons qu'un seul cas de corps étrangers du conduit auditif externe. Lorsque le malade vint à l'hôpital, il y avait six mois qu'avait eu lieu l'accident à la suite duquel des corps étrangers s'étaient introduits dans le conduit auditif; deux grains d'avoine furent retirés avec des pinces hémostatiques très-longues et très-fines (Obs. CCCXXIX).

3° *Appareil olfactif.* — Deux polypes muqueux des fosses nasales et un fibrome naso-pharyngien ont été enlevés. Un des polypes muqueux s'était développé chez une jeune fille; un autre put être enlevé par la bouche après qu'on eut scié son pédicule avec la scie-pince (Obs. CCCXXX). Le premier, beaucoup plus volumineux, présentait une certaine ressemblance avec les polypes naso-pharyngiens. Nous présentons à la suite de l'observation, quelques considérations sur le diagnostic et le manuel opératoire (Obs. CCCXXXI). Le fibrome naso-pharyngien s'était développé, comme toujours, chez un jeune homme. Il s'implantait sur l'apophyse basilaire, avait produit des hémorrhagies sérieuses. Nous fûmes obligé, pour l'extirper complétement, de créer une voie artificielle par la résection de la voûte palatine.

Dans une première séance nous nous contentâmes de ce résultat qui mettait à l'abri d'une partie des dangers du polype

parce qu'il lui permettait de se développer librement vers l'extérieur. Quelques jours plus tard nous fîmes le section du pédicule avec la scie-pince, et nous enlevâmes toute la portion pharyngienne; enfin, le prolongement nasal fut extrait; l'opération n'eut aucune conséquence fâcheuse, et le malade guérit sans accident (Obs. CCCXXXII).

4° *Sens du goût.* — Nous ne rapportons ici qu'une seule observation de papillome de la langue. Nous avons rapporté dans notre première partie deux autres observations avec les considérations auxquelles elles ont donné lieu. (Voy. IIe leçon.)

§ I

APPAREIL DE LA VISION

A. — Paupières.

Obs. CCCVII. — *Blépharite phlegmoneuse des deux paupières supérieures par l'action d'une substance caustique.* — Digouy (Victoire), soixante ans, entrée le 28 juillet 1874. A fait hier par erreur une lotion sur les deux paupières supérieures avec une solution concentrée d'alun.

A son entrée : Eschare large de un centimètre et comprenant les deux paupières supérieures. Gonflement et rougeur très-marqués. Forte hyperhémie conjonctivale. Rien dans la cornée et l'iris. Pas de douleurs périorbitaires. Elévation des paupières supérieures difficile. Cataplasmes. — Sort au bout de six jours sur sa demande. Les eschares sont tombées et l'hyperhémie de la conjonctive a disparu. — Douleur beaucoup moindre.

Obs. CCCVIII.—*Cancroïde de la paupière supérieure droite. Ablation. Guérison.* — Scoca (Louis), soixante-six ans, entré le 4 janvier 1874.

Tumeur ayant débuté il y a trois ans sous forme d'un petit bourgeon épithélial noir, dur, indolent. Il y a deux ans, le malade le lia lui-même sans succès. Depuis lors, le développement a été continu et régulier.

A son entrée : Tumeur dure, noirâtre, de la grosseur d'une fève occupant les deux tiers internes de la paupière supérieure droite; juste au-dessous, se trouve un petit bourgeon lenticulaire épithélial. Pas de troubles fonctionnels du côté de l'appareil de la vision.

8 janvier. Ablation des deux tumeurs avec le bistouri, puis, pansement simple.

31. Guérison avec un peu d'entropion de la paupière inférieure amené par la rétraction du tissu de cicatrice.

Obs. CCCIX. — *Cancroïde de la paupière supérieure gauche ayant envahi le globe de l'œil. Ablation de la tumeur. Énucléation de l'œil. Guérison.* — Debœuf (Cécile), soixante-six ans, entrée le 14 mars 1874.

Antécédents héréditaires de cancer (mère morte d'un cancer de l'estomac à soixante-deux ans).

Début il y a dix ans par une petite saillie indolente qui s'ulcéra au bout d'un an, et en trois ans gagna toute la paupière inférieure. Développement devenu beaucoup plus rapide depuis un an à la suite d'un érysipèle de la face. A la même époque, la tumeur est devenue le siége de douleurs s'irradiant vers la tempe et le front. Il y a six mois que l'ulcération a gagné l'angle interne de la paupière supérieure gauche. Tumeur lobulée, ulcérée, fongueuse, laissant écouler un pus ichoreux et ayant envahi depuis peu l'angle interne de la paupière supérieure. — Globe de l'œil complétement dégénéré. Rien du côté du front et de la racine du nez. Rien dans les ganglions lymphatiques.

Douleurs lancinantes très-vives dans la tempe et le front. État général assez mauvais.

14 mars. Ablation de la tumeur avec le bistouri. — Énucléation du globe de l'œil. On rugine le bord inférieur de l'orbite et on excise en avant une large partie de l'aponévrose orbito-oculaire. Pansement à plat.

15. Œdème de la joue. Douleur dans la plaie. P = 115

16. Douleur moins vive. P = 110.

18. P = 100.

24. La cicatrisation a commencé. La suppuration diminue. L'œdème de la joue est moins marqué. La malade demande à retourner dans sa famille. Depuis lors, elle est revenue plusieurs fois à la consultation. La cicatrisation a été complète le 20 avril.

Obs. CCCX. — *Cancroïde des deux paupières du côté gauche. Ablation. Guérison.* — Billet (Sophie), soixante-huit ans, couturière, entrée le 11 mars 1874.

Depuis six ans, plusieurs fluxions du côté des yeux. A l'œil gauche, l'inflammation revenait périodiquement avec le caractère d'une conjonctivite aiguë. Il y a deux ans, traumatisme assez violent du même côté. Choc d'une branche d'arbre contre la paupière et le globe de l'œil. — Depuis cette époque, la malade remarqua sur le bord de la paupière inférieure de petites tumeurs de la grosseur d'un pois. Elles s'étendirent et gagnèrent bientôt l'extrémité interne de la paupière supérieure gauche laissant à leur place une ulcération de un centimètre et demi de largeur, qui s'étend même à la conjonctive palbébrale. Rien sur la cornée et la

conjonctive bulbaire; ganglions sains. Douleurs lancinantes dans la tumeur. — Céphalalgie temporo-frontale assez vive. Perte du sommeil et de l'appétit.

14 mars. Ablation de la tumeur et des parties molles envahies. *Pinces hémostatiques* sur les vaisseaux qui saignent.

15. Peau chaude. Plaie douloureuse. Insomnie. P = 105.

16. Céphalalgie frontale gauche. — Bon aspect de la plaie. Suppuration de bonne nature. P = 95.

18. Insomnie. Appétit nul. Céphalalgie moins intense. La plaie va bien. P = 110.

Guérison complète le 15 avril.

B. — Appareil lacrymal.

Obs. CCCXI. — *Dacryocystite subaiguë du côté gauche.* — Brice (Paul), vingt-cinq ans, entré le 12 mai 1874.

Ce malade a contracté la syphilis il y a quatre ans. Depuis lors, il aurait remarqué qu'il avait de l'épiphora au moindre changement de temps.

Au moment de son entrée : On trouve une tumeur de la grosseur d'un haricot au niveau de l'angle interne de l'œil gauche. La peau est lisse, rouge et luisante. Conjonctivite dans le tiers inférieur du globe oculaire. Pas d'ulcération dans la narine correspondante.

Cataplasmes. Puis, par la pression, on vide le sac du pus qu'il contient.

18 mai. Les symptômes inflammatoires étant disparus, opération de Bowman, et les jours suivants cathétérisme.

Guérison le 31 mai.

Obs. CCCXII. — *Fistules lacrymales des deux côtés* (Le moule colorié fait par M. Baretta est conservée dans notre musée). — Gode (Jean-Baptiste), quarante-quatre ans, journalier, entré le 16 novembre 1875.

Syphilis il y a six mois. Dacryocystite aiguë il y a deux mois et demi suivie de fistules quinze jours plus tard. Près du grand angle de l'œil on remarque de chaque côté des fistules symétriques de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, irrégulières, à fond grisâtre, à bord déchiquetés. Les points lacrymaux inférieurs sont détruits et il s'écoule par l'ulcération quelques gouttes de pus mêlé de larmes.

Iodure de potassium de 1 à 3 grammes par jour; huit jours plus tard, sirop de Gibert. Amélioration rapide sous l'influence de ce traitement.

26 février. Ulcérations cicatrisées et trajets fistuleux fermés. Epiphora persistant mais pas d'ectropion.

C. — Conjonctive.

Obs. CCCXIII. — D. D. C. *Conjonctivite et blépharite aiguës consécutives à l'action de l'acide nitrique.* — Schmidt (Xavier), quarante-huit ans, mégissier, entré le 23 mars 1874, à la suite d'un accident arrivé la veille (chute de quelques gouttes d'acide nitrique du commerce dans les deux yeux).

A son entrée on constate : Œdème palpébral. Trouble diffus de la cornée sans ulcération ni perforation; photophobie; larmoiement; perte de l'appétit et du sommeil. P = 115. Application de glace sur l'œil. — Instillations d'atropine.

25 mars. Léger soulagement.

31. Symptômes objectifs diminués. Trouble de la cornée en partie disparu; plus de photophobie. Cessé la glace. Compresses froides. — Collyre au sulfate de zinc.

6 avril. Guérison complète.

Obs. CCCXIV. — D. D. C. *Conjonctivite aiguë par l'action de la chaux.* — Larochelle (Antoine), trente-neuf ans, journalier, entré le 31 mai 1875.

A reçu hier une petite quantité de chaux dans les deux yeux. Forte hyperhémie conjonctivale. Larmoiement. Rien sur la cornée. Compresses froides souvent renouvelées.

Le malade sort guéri le 4 juin.

Obs. CCCXV. — *Conjonctivite blennorrhagique. Collyre au nitrate d'argent. Guérison.* — Joubert (Jacques), vingt-deux ans, employé de commerce, entré le 30 juin 1874. Blennorhagie il y a un mois. Douze jours plus tard, début d'une conjonctivite intense de l'œil gauche. Diète. Cinq jours plus tard, conjonctivite légère de l'œil droit ayant disparu au bout de trois ou quatre jours sans traitement. La conjonctivite de l'œil gauche augmente et devient inquiétante. Son médecin lui prescrit un collyre fait avec une solution très-étendue de nitrate d'argent. Malgré cela, la conjonctivite devient plus intense. Huit jours plus tard, à son entrée dans le service, on constate les phénomènes suivants.

O. G. Conjonctivite purulente très-intense. Œdème palpébral, chémosis Rien sur la cornée. L'écoulement blennorrhagique est toujours très-intense. Collyre au nitrate d'argent au 30e.

2 juillet. — Écoulement purulent moins abondant. Chémosis et œdème palpébral notablement diminués.

6. L'amélioration continue.

13. Le malade étant sorti sans bandeau, une nouvelle poussée inflam-

matoire s'est faite du côté de l'œil. Compresses froides quatre fois par jour.

17. Disparition du chémosis. Écoulement purulent insignifiant.

21. Il ne reste plus qu'une légère rougeur conjonctivale. Plus de douleurs. Écoulement uréthral diminué.

Le malade quitte le service le 23 juillet complétement guéri.

Obs. CCCXVI. — D. D. C. *Conjonctivite phlycténulaire.* — Vielles (Jacques), quarante-huit ans, fondeur, entré le 19 février 1874.

Ce malade travaille ordinairement dans une atmosphère à 60°. La maladie a débuté il y a huit jours; elle est plus marquée du côté droit.

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent au vingtième, puis passage d'un pinceau imbibé dans une solution de sel marin.

Guérison le 24 février.

Obs. CCCXVII. — D. D. C. *Conjonctivite granuleuse.* O. D. *Pannus tenuis.* — Champagnon (Jean), soixante-trois ans, boulanger, entré le 31 juillet 1874.

Conjonctivite granuleuse datant de plusieurs années. Poussée aiguë ayant commencé il y a six semaines par l'œil gauche, l'œil droit a été envahi un peu plus tard. Cautérisation avec le crayon de sulfate de cuivre.

1er septembre. D. D. C. Disparition des accidents aigus.

O. D. Cornée redevenue transparente. Le malade quitte le service.

Obs. CCCXIII. — O. G. *Conjonctivite granuleuse, pannus crassus.* — Bingel (Marie), quarante-cinq ans, balayeuse, entrée le 26 avril 1874.

Scrofuleuse; manifestation du côté des yeux et des ganglions du cou pendant son enfance. Conjonctivite granuleuse D. D. C. depuis deux ans.

Poussée aiguë depuis quinze jours. Cautérisation au nitrate d'argent. Collyre au sulfate de zinc.

30 avril. La malade quitte le service après la disparition des accidents aigus.

D. — Cavité orbitaire.

Obs. CCCXIX. — *Sarcome fasciculé de l'orbite. Périostose de la paroi externe de l'orbite. Exophthalmie. Énucléation du globe oculaire. Phlegmon de l'orbite. Érysipèle. Mort. Autopsie. Méningite purulente du côté droit* (1).—Bern... (Jean), vingt-sept ans, entré à l'hôpital le 8 janvier 1875.

Homme robuste et de bonne constitution (son père et sa mère sont vivants et bien portants; n'aurait point eu de manifestations strumeuses pendant l'enfance); il aurait eu à onze ans une fièvre dont il ne peut in-

(1) Obs. déjà publiée dans *The Lancet*, 1876.

diquer exactement la nature et qui l'obligea de garder le lit pendant quelque temps. Jamais de syphilis (pas de chancres, pas de bubons, pas de roséole). Au mois de mai 1871, étant soldat, il aurait eu une double conjonctivite aiguë, qu'il attribue au séjour dans les tranchées pendant la nuit. Elle disparut d'ailleurs assez vite par l'usage de collyres astringents. Trois ou quatre mois plus tard, ses camarades lui firent remarquer que son œil droit devenait un peu plus saillant que le gauche. Cette exophthalmie n'amenait d'ailleurs aucune gêne, et la vision s'exerçait également bien des deux côtés. Il entra à cette époque à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. le docteur Perrin, et y fut traité, sans avantage appréciable, par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

Depuis lors, l'exophthalmie n'a fait qu'augmenter, et cela sans amener de phénomènes autres que ceux qui dépendent de la propulsion du globe oculaire en avant. Au mois de novembre dernier on eut, pour la première fois, l'occasion de le voir à la consultation, et il était dans l'état suivant :

Du côté malade : paupières rouges, un peu turgescentes, mais sans œdème. Elles peuvent recouvrir entièrement le globe de l'œil. Les mouvements de tous les muscles extrinsèques de l'œil sont possibles et s'exécutent bien. La conjonctive est un peu œdématiée au niveau de l'angle interne de l'œil; elle est fortement hyperhémiée dans toute son étendue. La cornée est saine; l'ouverture pupillaire normale; l'iris réagit bien; le globe de l'œil n'a pas changé de consistance. L'examen de la vision montre un léger rétrécissement périphérique du champ visuel. Le malade peut compter les doigts à 15 pieds et lire le n° 12 de l'échelle de Jaeger.

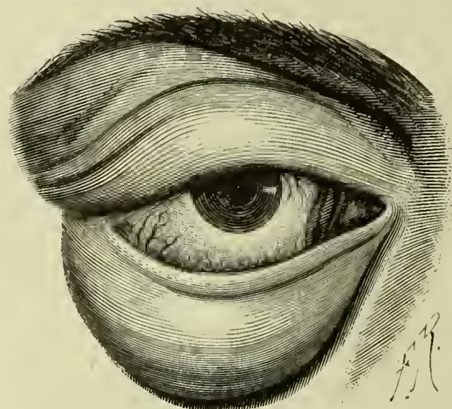


Fig. 33. — Œdème palpébral avec exophthalmie produits par une tumeur de l'orbite. (*De notre collection.*)

Le malade se décide au mois de janvier à entrer à l'hôpital.

Le 8 janvier il présente l'état suivant :

L'état du globe de l'œil et de la conjonctive est sensiblement le même qu'au mois de novembre, mais l'exophthalmie est un peu plus prononcée, de sorte que les deux paupières sont œdématiées (voy. fig. 33); elles ont de la tendance à se retourner. Chémosis sur toute la périphérie de la cornée. L'examen ophthalmoscopique montre un léger degré d'atrophie. A l'exa-

men des fosses nasales et du pharynx on ne trouve rien. — L'état général est bon.

9 janvier. — La palpation n'ayant fourni que des renseignements insuffisants, on se décide à pratiquer une incision exploratrice pour se renseigner plus exactement, sauf à énucléer le globe de l'œil si les circonstances l'exigent. (Incision courbe parallèle au bord de la paupière et intéressant seulement son tiers externe.) Le tissu graisseux intra-orbitaire vient faire saillie entre les lèvres de la plaie. Avec le doigt, on constate que la tumeur repose sur la paroi inférieure de l'orbite, au voisinage de la fente sphénoïdale. Au toucher, elle est assez résistante, sans pourtant avoir la dureté de l'os ou du cartilage. La ponction pratiquée avec un fin trocart ne donne issue à aucun liquide. Le diagnostic se trouve donc ainsi formulé :

Tumeur solide, probablement fibreuse ou fibro-plastique de la paroi inférieure de l'orbite.

L'ablation est décidée en même temps que l'énucléation de l'œil sans laquelle il eût été impossible de la pratiquer.

On agrandit l'incision exploratrice, puis on enlève le globe de l'œil en totalité en respectant le périoste.

Dans le cours de l'opération, les pinces hémostatiques font l'office de rétracteurs de la paupière supérieure, en même temps que l'hémostase pour les petits vaisseaux. L'artère ophthalmique est comprimée avec le doigt. On énuclée d'abord le globe de l'œil, puis la tumeur elle-même avec le doigt et la spatule ; la cavité orbitaire est tamponnée avec des éponges et on fixe les deux paupières par un point de suture métallique; on exerce ensuite une compression ouatée.

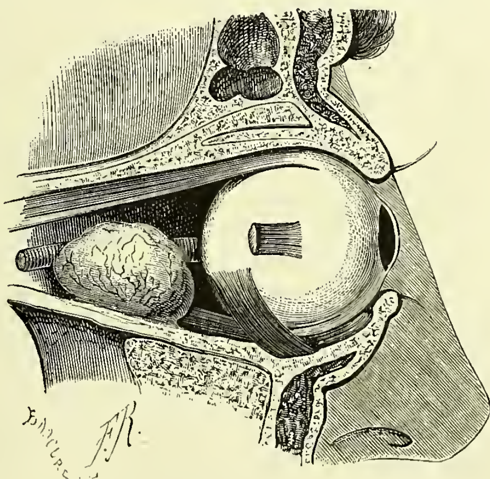


FIG. 34. — Disposition de la tumeur dans la cavité orbitaire. (*De notre collection.*)

Pendant l'opération, on a remarqué que la tumeur était absolument indépendante du globe oculaire et de la gaîne du nerf optique; qu'elle paraît adhérer étroitement aux deux lèvres de la fente sphénoïdale et même se prolonger par cette fente jusque dans la cavité crânienne; elle a un

petit volume, ressemble assez bien à une aveline aplatie et entourée de tous côtés par du tissu adipeux. A la coupe, elle présente tous les caractères d'une tumeur fibro-plastique.

Par l'examen microscopique on a trouvé que c'était en effet un sarcome fasciculé.

10. État général assez bon. Douleurs supportables. Pas de frisson. TR. 37°,8. On remplace le bandage par des compresses d'eau alcoolisée.

11. Rougeur périorbitaire très-marquée. — Céphalalgie vive. — Frisson de 5 minutes. P = 90. T. 38°,2.

12. Érysipèle nettement accusé. La rougeur a gagné la région sourcilière et s'arrête à peu près au niveau de la ligne médiane. Du côté de la joue, elle s'étend parallèlement à la fente palpébrale de la racine du nez au sommet de la pyramide du maxillaire supérieur. — Purgatif. — Badigeonnage avec un liniment formé par parties égales d'éther et de térébenthine. — Isolement (transféré à la salle Sainte-Placide, n° 3).

13. La rougeur n'a pas de tendance à s'étendre. — Pas d'empâtement du cuir chevelu. — Œdème marqué des deux paupières du côté sain. P = 100. T. 39°.

14. Fluctuation assez nette dans toute la région temporale. — Ponction et passage d'un drain. — Appétit. — Douleur locale vive. — Un peu de subdélirium pendant la nuit. P = 90. T. 39°.

15. Suppuration abondante. — Appétit absolument nul. — Un peu de diarrhée. P = 95. T. 39°,2.

16. Gonflement considérable des paupières du côté malade. — La rougeur de la région frontale a complétement disparu. Il en existe toujours un peu au niveau de la région temporale droite. La tuméfaction persiste également à ce niveau. P = 96. T. 39°,2.

17. Même état : P = 95. T. 39°,3.

18. Le pus sort en assez grande quantité par la fente palpébrale. Pour en faciliter l'écoulement, on enlève une suture. P = 108. T. 39°,5.

19. Même état. — Répond mal aux questions. Paraît cependant les comprendre assez bien. — Un peu d'affaissement. — Rien du côté des membres. P = 100. T. 39°,6.

20. Très-agité. — Crie et se débat dans son lit. — La suppuration est toujours très-abondante dans l'orbite ; elle est, au contraire, beaucoup diminuée dans la région temporale. P = 104. T. 39°,5.

21. Même état. — L'agitation paraît un peu moindre. P = 104. T. 39°,6.

22. Délire pendant la nuit. — Respiration bruyante, stertoreuse; soubresauts tendineux; carphologie et jactitation. — Pendant la nuit est survenue, sans qu'on ait pu voir dans quelles circonstances, une hémiplégie complète du côté gauche. P = 198. T. 40°.

23. Le matin, rien de changé dans l'état du malade. — Le pouls et la température sont les mêmes que la veille. — Mort à six heures du soir.

Autopsie. — Faite trente-huit heures après la mort. — La rigidité cadavérique est en partie conservée aux deux membres inférieurs.

Orbite et région temporale. — Un peu d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et du muscle temporal. — Au niveau de la partie antérieure de la fosse temporale, petit foyer purulent communiquant avec la cavité orbitaire. Le périoste, décollé vers l'angle antéro-externe de l'orbite, a laissé passer cette fusée. A ce niveau, le frontal présente dans son diploé une teinte noirâtre, et de place en place on aperçoit très-distinctement de petits foyers purulents du volume d'une tête d'épingle.

Cavité crânienne. — Aussitôt après l'ouverture du crâne, on découvre sous la dure-mère une couche de pus, épaisse de $0^m,02$ à $0^m,03$, recouvrant toute la face convexe de l'hémisphère droit. Elle atteint sa plus grande épaisseur au niveau du lobe sphénoïdal. Lorsqu'on retire l'encéphale de sa boîte osseuse, on voit que tout ce lobe sphénoïdal est mou, fluctuant ; en enlevant avec précaution le pus qui recouvre la surface, on remarque qu'il communique avec un foyer de la grosseur d'une noix, qui s'étend presque jusqu'au bord externe de la portion moyenne (*canal circumpédunculaire*) du ventricule latéral. Dans le lobe frontal, on trouve un autre abcès volumineux, intéressant la substance blanche des trois circonvolutions frontales, et s'étendant en arrière et en bas jusqu'à l'extrémité antérieure du noyau extra-ventriculaire du corps strié.

Les autres parties de l'encéphale sont saines, ainsi que les organes thoraciques et abdominaux.

En enlevant, au moyen de deux traits de scie, les os qui circonscrivent l'orbite, on remarque que la paroi externe très-épaissie rétrécit la cavité orbitaire. Cette dureté et cette épaisseur sont produites par la présence d'une périostose volumineuse, développée en partie aux dépens des trois os qui forment l'orbite à ce niveau : petite aile du sphénoïde, apophyse orbitaire de l'os malaire et frontal. Toute la cavité est remplie de débris organiques putrilagineux. Le nerf optique est à peu près intact.

Dans l'intérieur du crâne et au niveau de l'extrémité interne de la fente sphénoïdale, on rencontre sur la périostose une tumeur de la grosseur d'une noisette offrant la forme et les caractères de la tumeur orbitaire, mais ramollie et suppurée au centre.

Considérations cliniques sur ce cas. — L'exophthalmie est un symptôme dont il est toujours difficile de déterminer la véritable valeur.

Les caractères particuliers du symptôme dans ce cas, la manière dont il avait marché, permettaient de prime abord de penser à une tumeur intra-orbitaire située en dehors des muscles.

L'exophthalmie était unilatérale ; elle était survenue lentement, sans aucune douleur, sans poussées inflammatoires appréciables du côté de l'œil. L'état général était bon; les fosses nasales, le pharynx étaient absolument sains. On pouvait donc éliminer la maladie de Graves, le phlegmon de l'orbite, les épanchements traumatiques, les tumeurs de voisinage ayant envahi tardivement la cavité orbitaire. Le diagnostic se trouvait ainsi limité aux tumeurs rétro-oculaires primitives, mais l'examen superficiel ne permettait pas d'affirmer autre chose, si ce n'est que l'on n'avait point affaire à une tumeur pulsatile.

L'examen fonctionnel donnait d'assez bonnes indications sur le siége. La tumeur ne gênait presque pas le jeu des muscles de l'œil et n'avait amené qu'un très-léger degré d'atrophie du nerf optique. Il n'y avait ni phénomènes de compression brusque, ni inflammation de voisinage. On pouvait aisément rapporter l'exophthalmie à la diminution de volume de la cavité orbitaire. L'atrophie du nerf optique n'était survenue que tardivement à la suite de la tension lente et continue de sa portion orbitaire.

On a souvent vu des sarcomes se développer dans l'orbite, soit aux dépens du tissu sous-conjonctival, soit aux dépens du tissu adipeux ; le plus souvent ils ont laissé intact le jeu des muscles et produit simplement, au début du moins, de l'exophthalmie. Il est extrêmement rare de les voir se développer primitivement dans l'intérieur de la capsule de Ténon.

Il était impossible d'avoir de plus amples renseignements sur la nature et le siége de la tumeur; nous dûmes donc nous résoudre à pratiquer une ponction.

Nous acquîmes ainsi la certitude qu'en effet la tumeur était solide et profonde, reposait sur le plancher de l'orbite et qu'elle offrait un petit volume.

Devait-on tenter l'extraction en ménageant le globe de l'œil ?

La situation profonde rendait le manuel opératoire extrêmement difficile. L'ablation complète du néoplasme était absolument indispensable ; autrement on eût dû s'attendre à une récidive certaine et très-prompte ; il y avait par conséquent toute probabilité que l'énucléation du globe devînt nécessaire un jour ou l'autre, mieux valait alors y recourir tout d'abord et faciliter ainsi la première opération.

L'autopsie donna l'explication de la disproportion existant entre le volume du sarcome et l'exophthalmie. Le *rétrécissement de l'orbite était amené en partie* par la périostose que l'on trouvait dans le fond de la cavité.

E. — Globe de l'œil dans sa totalité.

Obs. CCCXX. — O.D. *Luxation incomplète avec thrombus probable de l'orbite.* — Lemoine (Hippolyte), trente-deux ans, entré le 12 avril 1874.

A reçu, quelques heures avant son entrée, un violent coup de poing dirigé de bas en haut. Ecchymoses des deux paupières, et sous-conjonctivales. Globe de l'œil, saillant en avant et incomplétement recouvert par les paupières. Chémosis. Dilatation de la pupille. A l'examen ophthalmoscopique : légers troubles du corps vitré. Rien dans la rétine, la choroïde et le nerf optique. Mouvements du globe oculaire, difficiles et diminués dans toutes les directions. Pupille réagissant mal sous l'influence de la lumière. Compte les doigts à cinq pieds. Champ visuel libre. Sangsues aux tempes. Cataplasmes. Scarifications de la conjonctive. Instillation de sulfate neutre d'atropine. Laxatifs. Disparition graduelle des ecchymoses et de l'exophthalmie. Guérison complète le 15 mai.

F. — Cornée.

Obs. CCCXXI. — O.G. *Kératite ulcéreuse. Hypopyon.* — Piron (Charles), quarante-huit ans, mouleur, entré le 3 août 1875. La maladie a débuté il y a trois semaines, sans cause connue. Plusieurs petites ulcérations occupent le limbe de la cornée du côté externe. Pus remplissant à peu près le tiers inférieur de la chambre antérieure. Cautérisation des ulcérations de la cornée avec le nitrate d'argent ; fomentations chaudes ; toniques ; dériv. intest.

7 août. Quelques ulcérations sont sur le point de disparaître. Douleur autour de l'orbite ; injection périkératique intense.

8. Instillation d'atropine (trois gouttes dans la journée).

20. Pus résorbé; ulcérations fermées, ayant laissé à leurs places de petites taches cicatricielles.; pas de synéchies. Le malade quitte l'hôpital.

Obs. CCCXXII.— O.G. *Kératite ulcéreuse.*— Amy (Auguste), vingt-deux ans, brossier, entré le 4 janvier 1875. Début il y a deux mois. Petite ulcération centrale et plusieurs autres périphériques en voie de réparation.

Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent. Guérison et sortie le 10 janvier.

G. — Iris.

Obs. CCCXXIII. — O.D. *Iritis rhumatismale. Instillations d'atropine. Guérison.* — Fontaine (Alfred), trente-sept ans, entré le 6 novembre 1874. Ce malade qui a eu il y a trois ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé aurait déjà éprouvé à cette époque des douleurs périorbitaires et quelques troubles visuels.

Il y a huit jours, il sentit de nouveau des douleurs au-dessus de l'arcade sourcilière droite et dans le globe oculaire.

A son entrée, on constate une injection périkératique très-intense. La pupille se contracte peu et irrégulièrement sous l'influence de la lumière. On voit une synéchie postérieure dans la partie supérieure du champ pupillaire. Augmentation sensible de la pression intra-oculaire.

On instille trois gouttes par jour d'une solution de sulfate neutre d'atropine (3 centigr. pour 10gr. d'eau). La synéchie disparaît au bout de quatre jours.

Le malade sort complétement guéri le 20 novembre.

H. — Cristallin.

Obs. CCCXXIV.— O.G. *Cataracte. Extraction linéaire sans iridectomie. Succès complet.*— Carrière (Gilles), soixante-dix ans, entré le 29 mai 1874.

A son entrée le malade présente une cataracte mûre de l'œil gauche (distingue les mouvements de la main à deux pieds. Champ visuel libre).

L'œil droit atteint lui-même antérieurement de cataracte a été opéré par M. Panas d'après la méthode de de Græfe. L'opération a eu un succès complet; toutefois, le malade se plaint de quelques éblouissements.

17 juin. Extraction linéaire. Incision vers la limite inférieure de la cornée. (Voy., pour la description du procédé et des instruments employés, 1re partie, 12e leçon.)

19. La plaie de la cornée est cicatrisée. Pas d'enclavement de l'iris.

22. La rougeur conjonctivale est en partie disparue. On place un bandeau flottant.

1er juillet. — Le malade peut compter les doigts à dix pieds. Il lit des caractères correspondant au n° 12 de l'échelle Jæger. Pas de cataracte secondaire. Quitte le service.

§ II

APPAREIL DE L'AUDITION.

Obs. CCCXXV. — *Otite moyenne aiguë. Perforation de la membrane du tympan. Injections d'alun. Disparition rapide de la suppuration.* — Gaudron (Gustave), dix-neuf ans, cultivateur, entré le 22 février 1875.

Il y a quatre jours, à la suite d'un refroidissement, a eu des bourdonnements d'oreille, puis des douleurs, et trois jours après il a vu un peu de pus sortir par le conduit auditif externe. Au moment de son entrée, le conduit auditif est rempli d'un pus épais, verdâtre, de mauvaise odeur. La peau est rouge; bourdonnements d'oreilles ; audition diminuée ; le malade entend seulement parler au timbre ordinaire de la conversation. Perforation de la membrane du tympan. Douleurs, depuis deux jours, dans la tempe et la moitié de la face correspondant à la lésion. Rien du côté de l'apophyse mastoïde; pas de réaction sur l'état général ; injection d'une solution d'alun dans l'oreille trois fois par jour; diminution graduelle de la suppuration. Guérison complète le 5 mars.

Obs. CCCXXVI. — *Otite moyenne purulente sans perforation du tympan. Passage du pus dans les cellules mastoïdiennes. Trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde. Foyer purulent saillant au dehors. Évacuation. Lavages dans la grande cellule mastoïdienne. Guérison.* — Morel (Joséphine), trente-deux ans, journalière, entre le 1er avril 1875. Réglée pour la première fois à dix-huit ans, mariée à trente, elle a eu une seule grossesse il y a vingt-sept mois. Son enfant est vivant et bien portant. A l'âge de dix-neuf ans, elle contracta la fièvre typhoïde. Jamais d'affections auriculaires.

Il y a trois semaines, elle ressentit dans tout le côté droit de la tête, de violentes douleurs, sans siége précis et présentant des intervalles de rémittence auxquels succédaient des exacerbations paroxystiques d'assez longue durée.

La malade, croyant à une névralgie dentaire, se fit enlever une grosse molaire non cariée, et naturellement aucune amélioration ne s'ensuivit. Quelques bourdonnements dans l'oreille droite apparurent alors, mais n'altérèrent en rien l'acuité de l'ouïe. Au bout de cinq jours de ce malaise, elle remarqua derrière l'oreille droite une petite tumeur du volume d'une noisette, douloureuse au toucher et roulant sous la peau. Peu à peu la tumeur augmenta de volume; la peau devint rouge et depuis huit jours elle est le siége de battements et d'une sensation de cuisson très-forte.

2 avril. Derrière l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde et la

recouvrant, existe une tumeur du volume d'une orange. La peau est luisante, amincie, chaude, et présente vers le centre de la tumeur un point plus foncé et ramolli. La fluctuation est manifeste. Pas de maladie du cuir chevelu. Le conduit auditif est sain et ne présente aucune trace d'écoulement.

5. On ouvre largement l'abcès par une incision cruciale. Il s'écoule immédiatement un pus épais, verdâtre, non aéré. Le doigt introduit au fond de la plaie, rencontre une trépanation spontanée de l'apophyse mastoïde. La lésion de l'os est suffisante pour qu'on puisse introduire une petite canule à demeure et faire des lavages les jours qui suivent. On se contente de placer deux mèches en croix dans les deux incisions et, le pus ayant une issue libre, on obtient une prompte guérison.

Dès le 20 avril, la suppuration est tarie ; la plaie est rosée, bien bourgeonnante.

24. La malade quitte le service et on ne trouve plus que quelques bourgeons charnus, insignifiants, à la surface de la plaie. La douleur et les troubles de l'audition ont cessé depuis longtemps.

Obs. CCCXXVII. — *Otite moyenne chronique. Otorrhée profuse. Perforation rapide du tympan. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Guérison.* — Vedy (Victor), quarante-deux ans, boutonnier, entré le 21 avril 1875 pour une suppuration de l'oreille droite datant d'un mois, avec surdité complète de ce côté.

Au moment de son entrée dans le service, on constate une teinte ictérique prononcée visible non-seulement sur les sclérotiques, mais encore sur les téguments de la face. Cet ictère aurait débuté il y a six mois. A la même époque il eut, à plusieurs reprises, des coliques hépatiques. La dernière attaque remonte à quatre mois. Le foie présente encore aujourd'hui un développement anormal ; les matières fécales sont encore décolorées.

Il y a un mois, le malade ressentit, sans cause connue, dans l'oreille droite, une sorte de prurit qui s'exagéra bientôt au point de produire une véritable sensation de brûlure. En même temps survinrent des bourdonnements, sans autres troubles fonctionnels appréciables. Il y eut ensuite un peu de fièvre, et le quatième jour après le début, s'établit une suppuration par le conduit auditif externe.

Même avant l'affection auriculaire actuelle, l'ouïe était assez mauvaise. D'après ce que dit le malade, ces troubles auditifs remonteraient à l'année 1856 et auraient eu pour cause la détonation d'une pièce d'artillerie qui éclata à quelques mètres de lui.

C'est uniquement sa douleur de l'oreille droite et son otorrhée persistante qui le décident à entrer à l'hôpital.

22 avril. Le pourtour du conduit auditif est rouge. Toute la conque est

remplie par un pus épais, verdâtre, non fétide. Les douleurs sont vives, accompagnées d'élancements et de bourdonnements continuels, fatiguant beaucoup le malade. Après un lavage soigneux on constate que le conduit est libre et ne présente aucune tumeur, mais la peau est très-rouge.

La membrane du tympan est perforée :

On entend distinctement le sifflement produit par le passage rapide de l'air à travers la déchirure, quand le malade, se bouchant les narines, fait une forte expiration.

Examen fonctionnel. — Oreille droite : le tic-tac d'une montre ne peut être entendu n'importe à quelle distance. Quand on lui fait boucher l'oreille gauche, on constate qu'il ne peut entendre la voix quel qu'en soit le timbre. L'apophyse mastoïde ne présente rien de particulier : les téguments de la région ont gardé leur aspect normal.

Oreille gauche : le malade entend difficilement le tic-tac d'une montre à 0m,10, mais il perçoit bien le son de la voix au timbre ordinaire de la conversation; à la même distance.

Pendant dix jours, on se borne à faire, comme traitement plusieurs fois par jour dans l'oreille, des injections alumineuses ; elles ne sont suivies d'aucune amélioration.

1er mai. Le malade est dans le même état qu'à son entrée. Depuis deux jours même, il accuse une douleur plus vive en arrière de l'oreille. La céphalalgie, d'abord peu marquée, est devenue plus intense ; il a eu un mouvement fébrile. La suppuration reste la même.

La région mastoïdienne présente de l'empâtement, avec un œdème fortement prononcé. Elle est le siége de douleurs spontanées très-vives, exagérées par la pression. La peau a gardé son aspect normal. La trépanation de l'apophyse mastoïde est décidée.

Le malade ayant été chloroformé, on pratique en arrière de l'oreille une incision cruciale *dont le centre repose sur une ligne droite parallèle au bord supérieur de l'orifice du conduit auditif externe, à un demi-centimètre environ en arrière du sillon du pavillon.* Pinces hémostatiques appliquées pendant l'opération sur chaque vaisseau donnant un peu de sang. L'une d'elles, celle qui comprime l'auriculaire postérieure, est laissée en place pendant six heures. L'incision faite, on dénude l'os à l'aide d'une rugine, puis on perfore l'apophyse avec un trépan de petit calibre.

A peine la pointe de l'instrument a-t-elle fait deux tours que l'os raréfié par le travail inflammatoire cède et donne passage à un flot de pus verdâtre, bien lié. Le perforateur suffit seul à pratiquer une ouverture permettant l'introduction d'une petite canule communiquant avec la grande cellule mastoïdienne.

Cette canule laissée à demeure sert à faire des injections alcoolisées et les lavages émollients.

Dès le lendemain, le malade ressent un mieux sensible. Deux jours plus tard, les douleurs disparaissent : plus de céphalalgie, plus de bourdonnements d'oreille. Le sommeil est revenu ; appétit normal : état général aussi satisfaisant que possible.

3. La suppuration est toujours abondante malgré le mieux sensible amené par l'opération. Lavages et injections alcoolisés deux fois le jour par la canule et le conduit auditif externe.

6. État général beaucoup meilleur ; suppuration très-diminuée. Les fonctions de l'oreille sont redevenues ce qu'elles étaient avant la maladie actuelle, et il n'y a qu'une différence insignifiante entre l'oreille droite et l'oreille gauche. La plaie bourgeonne bien.

11. La canule est retirée ; deux mèches couchées dans l'incision cruciale sont le seul pansement. Le lendemain le malade quitte le service et part pour Vincennes.

Obs. CCCXXVIII.— *Otite moyenne chronique. Otorrhée profuse. Perforation de la membrane du tympan. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Guérison.* — Service (Marie-Antoinette), cinquante ans, couturière, entre le 24 mai 1875. Mariée et mère de trois enfants bien portants, cette femme, d'une bonne santé habituelle, a été réglée à vingt ans pour la première fois et l'est encore régulièrement. Elle n'a jamais eu de maladies.

Depuis un an déjà elle ressentait de violentes douleurs dans la région de l'oreille gauche, s'irradiant vers tout le côté correspondant de la face. A cette même époque, il s'établit par l'oreille un écoulement séreux peu abondant et cessant quelquefois pendant une semaine ou deux. Cet écoulement et les douleurs survenaient et disparaissaient en même temps. La malade s'était résignée à son mal lorsqu'il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, l'écoulement devint purulent, les douleurs augmentèrent et la surdité apparut quatre jours plus tard.

A son entrée, le conduit auditif externe du côté gauche est rouge, un peu œdématié et rempli par un pus épais, verdâtre, de mauvaise odeur. Douleurs vives dans tout le côté de la face correspondant ; bourdonnements, élancements, céphalalgie redoublant d'intensité le soir. P = 90. TA. 38°.

Peu d'appétit, sommeil rare. La membrane du tympan est perforée ; la surdité est complète quand la malade bouche l'oreille droite dont les fonctions sont restées normales. L'apophyse mastoïde ne présente rien de particulier.

Pendant huit jours on se borne à faire des injections avec de l'eau de pavot laudanisée ; mais aucune amélioration ne se produit. L'écoulement reste aussi abondant, la douleur aussi vive.

29 mai. Des douleurs très-vives sont ressenties par la malade au niveau

de l'apophyse mastoïde qui ne présente d'ailleurs ni œdème, ni rougeur. Elles augmentent par la pression, et suffisent pour prouver que la suppuration s'était propagée aux cellules mastoïdiennes. La trépanation de l'apophyse est nécessaire. La malade est chloroformée et l'on pratique la trépanation avec les précautions ordinaires.

Le périoste épaissi, très-vasculaire, se détache difficilement du tissu osseux condensé et devenu très-résistant sous l'influence du travail inflammatoire. A peine la couronne du trépan est-elle enlevée qu'un flot de pus retenu dans la grande cellule mastoïdienne s'écoule au dehors. On laisse une petite canule à demeure dans la grande cellule.

30. La malade accuse une grande amélioration malgré l'abondance de la suppuration. P = 90. T. 38°.

1er juin. Mieux sensible, les douleurs lancinantes ont disparu ainsi que les bourdonnements d'oreille. Appétit bon. Deux fois par jour lavages et injections d'eau alcoolisée par la canule et le conduit auditif externe.

2. État général très-satisfaisant, suppuration moindre.

4. La suppuration par le conduit auditif externe a cessé ; la peau est toujours un peu rouge. La plaie cruciale de l'apophyse mastoïde bourgeonne. On continue les injections par la canule fixée dans la cellule mastoïdienne. L'ouïe revient et la malade entend bien une montre à 10 centimètres de distance.

6. La plaie bourgeonne bien. Amélioration de plus en plus accentuée.

10. La canule est retirée. Suppuration très-légère. Les fonctions de l'oreille sont rétablies et la différence entre les deux côtés est insignifiante.

12. État général satisfaisant.

15. Il ne reste plus que quelques bourgeons à réprimer avec le nitrate d'argent. La malade quitte le service.

Obs. CCCXXIX. — *Corps étrangers restés six mois dans le conduit auditif externe. Extraction.* — Thibault (Jean), quarante et un ans, carrier, entré le 15 février 1875. Il y a six mois ce malade portait sur la tête une gerbe d'avoine, il eut parfaitement conscience qu'un ou plusieurs grains s'étaient détachés et avaient pénétré dans l'oreille. Toutes les tentatives pour les extraire furent vaines et depuis lors il a eu des bourdonnements continuels d'oreille et une diminution marquée de l'audition. En ville, on avait appliqué un séton sur le cou sans résultat.

A son entrée dans le service, le malade accuse des bourdonnements et des douleurs vives dans l'oreille s'irradiant vers l'arrière gorge, une diminution de l'ouïe, et de la céphalalgie du côté correspondant. Il sent de plus le déplacement du corps étranger. En écartant le pavillon, on l'aperçoit très-profondément situé. A l'aide d'une longue pince, on peut extraire

un grain d'avoine, puis, le lendemain, un second. Aussitôt après, les phénomènes inflammatoires disparaissent. Le malade sort guéri le 19 février.

§ III

APPAREIL DE L'OLFACTION.

Obs. CCCXXX. — *Polype des fosses nasales* (*myxome*). *Ablation avec la pince-scie. Guérison en quelques jours.* — Thierry (Aristide), seize ans, entré le 6 novembre 1874. A l'âge de neuf ans, ce jeune homme s'aperçut qu'il respirait difficilement par le nez. Depuis un an, cette gêne respiratoire a augmenté. Il n'a jamais eu d'épistaxis, ni perdu le sens de l'odorat, mais il éprouve depuis longtemps la sensation d'un corps étranger occupant les fosses nasales et le pharynx, surtout quand le temps est humide.

L'examen des narines ne fait rien découvrir; le nez a conservé son volume normal; la voûte palatine ne présente aucune déformation.

Avec le doigt recourbé en crochet, on sent l'extrémité postérieure de la tumeur vers la base du voile du palais; le polype ne paraît pas se prolonger dans la cavité pharyngienne, ni s'implanter sur l'apophyse basilaire.

7 novembre. On fait une première tentative d'ablation avec un petit serre-nœud coudé et articulé, mais on ne peut ni arriver à passer le fil, ni à atteindre le pédicule. Le malade, quoique bien endormi, résiste en contractant violemment la mâchoire. On essaye une seconde fois, mais avec la scie-pince construite sur les indications de M. Péan pour ces sortes d'opération (voy. fig. 36). Cette fois on peut saisir la tumeur et en ramener une partie; une seconde application du même instrument ramène deux masses molles, tremblotantes, accolées l'une à l'autre par un pédicule étroit. La tumeur totale a la forme et le volume de deux figues sèches soudées par leur extrémité caudale. L'examen microscopique montre que la tumeur est un *myxome* contenant des éléments embryonnaires d'autant plus nombreux qu'on se rapproche plus près du pédicule. Il n'y a pas la plus petite hémorrhagie. Immédiatement après l'opération, le malade peut respirer par le nez, sa voix n'est plus nasonnée. Quatre jours après, il quitte le service. La guérison s'est maintenue.

Obs. CCCXXXI. — *Polype nasal développé dans la première enfance et saillant au dehors. Extirpation. Guérison.* — Millochaud (Célestine), quinze ans, entre le 5 février 1875, au n° 57 de la salle Sainte-Marthe, pour se faire enlever un polype des fosses nasales, faisant saillie par la narine droite. La maladie aurait débuté dès la première enfance; on ne peut savoir l'époque exacte, car elle a perdu de très-bonne heure son père et sa mère, et aucun de ses parents ne peut fournir de renseignements

satisfaisants. A cinq ans la petite malade fut présentée à M. Nélaton, qui crut avoir affaire à un carcinome des fosses nasales, et pour cette raison se dispensa de l'opérer. Le mode d'évolution n'a pas confirmé ce diagnostic, et depuis dix ans il n'y a pas eu d'accidents notables.

Il y a quatre mois la marche de la tumeur est devenue plus rapide. Auparavant elle était toujours restée limitée aux fosses nasales, et n'avait jamais fait saillie ni en avant, ni en arrière; les symptômes fonctionnels

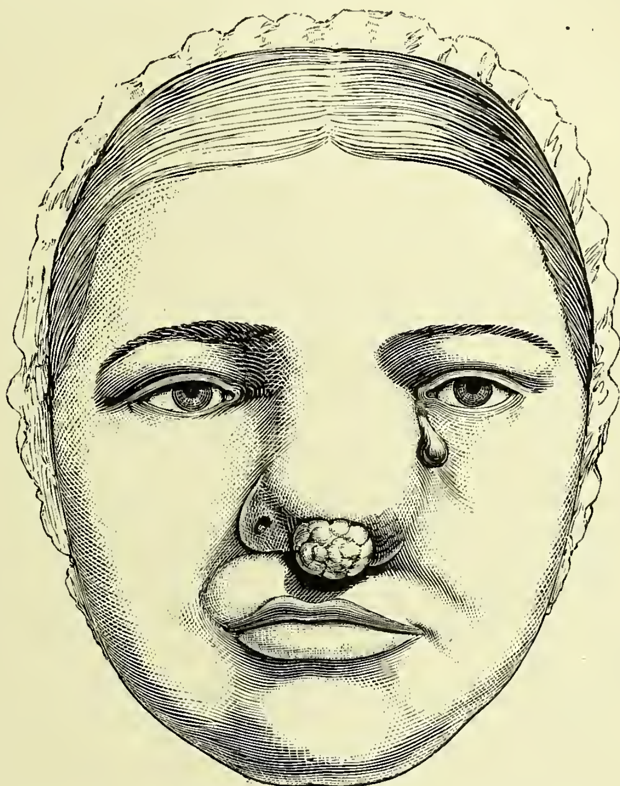


Fig. 35. — Polype muqueux des fosses nasales. (*De notre collection.*)

étaient également bénins : tout se bornait à quelques épistaxis, survenant à des intervalles assez éloignés et n'amenant jamais une perte de sang suffisante pour causer des inquiétudes à la malade. Depuis quatre mois elle est sujette à des éternuments fréquents presque insupportables et à de l'enchifrènement.

8 février. Elle se présente à l'hôpital dans l'état suivant : la respiration ne peut plus se faire que par la bouche; la voix est nasonnée, mais il n'y a pas la moindre gêne de la déglutition; la tumeur occupe exclu-

sivement la fosse nasale et la narine gauches; la narine droite paraît libre, mais considérablement rétrécie par suite du refoulement de la cloison. A l'orifice externe de la narine gauche, on trouve une sorte de tampon du volume d'une grosse noix faisant saillie au dehors et recouvert de croûtes formées par des mucosités concrétées à la surface. La santé générale est d'ailleurs satisfaisante.

La narine du côté malade est élargie et soulevée par le polype, de sorte que l'aile du nez correspondante est lisse et aplatie; le sillon naso-jugal est en partie comblé (voy. fig. 35). Du même côté, on trouve de l'épiphora et un peu de conjonctivite consécutive. La pyramide du maxillaire supérieur a son volume normal.

Au toucher, la portion du polype saillante au dehors présente la consistance du tissu muqueux; elle paraît peu friable. Des épistaxis surviennent spontanément de temps en temps, mais les explorations et les manipulations légères auxquelles est soumise la tumeur n'amènent pas d'hémorrhagie. En introduisant le doigt dans la bouche, et en le repliant à la manière d'un crochet derrière le voile du palais, on sent que les parois des fosses nasales sont un peu plus fermes qu'à l'état normal, qu'elles ont été refoulées latéralement par la tumeur. Rien du côté de l'orbite ni du pharynx. La malade n'ayant pu être opérée pendant les quinze premiers jours de son séjour à l'hôpital, par suite de raisons indépendantes de son état, ne présente pendant tout ce temps aucun phénomène notable.

27. On procède à l'ablation du polype; on reconnaît qu'il a son implantation vers le tiers postérieur de la paroi inférieure de la fosse nasale gauche. Après l'ablation, la tumeur présente la forme d'une masse grisâtre, peu consistante, très-vasculaire, d'un aspect gélatiniforme.

A la suite de l'opération, la malade est placée à Sainte-Placide, salle d'isolement.

28. État général satisfaisant. Pas la moindre hémorrhagie. P = 95,. TA. 38°. Rhum, 150 grammes; sulfate de quinine, 0gr,50.

1er mars. Rien à noter : P = 100. T. 38°.

2. Appétit bon. P = 65. T. 37°,9.

3. Langue saburrale. Un peu de constipation. P = 100. TA. 38°,1. Purgatif léger.

4. Garde-robes assez abondantes. — Un peu de céphalalgie. P = 100. T. 38°.

5. Hier, la malade a été prise, à la suite de la visite du matin, de violentes douleurs dans les deux oreilles. — Audition difficile. — On ne peut rien apercevoir à l'extérieur, si ce n'est un peu de rougeur. — Vers le soir, issue d'un peu de pus par le conduit auditif externe du côté droit. P = 95. T. 37°,8.

6. Otorrhée bilatérale. — État général satisfaisant. — Injections détersives dans les deux oreilles. P = 87. T. 37°,6.

7. Diminution de l'otorrhée. La plaie va très-bien ; on retire les fils métalliques et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées. P = 80. T. 37°,2.

8. État général bon. — Plus d'écoulement par le conduit auditif externe. P = 75. T. 37°,2.

12. L'écoulement cesse également du côté gauche. On cesse de prendre le pouls et la température.

Depuis ce moment, la cicatrisation et la guérison marchent rapidement, et la malade sort de l'hôpital, le 22 mars, complétement guérie.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR CE CAS.

a. *Diagnostic.* — 1° Les caractères physiques de cette tumeur étaient ceux des polypes muqueux qui se développent assez souvent sur la membrane de Schneider, sans jamais s'étendre jusque dans le pharynx ; 2° son développement très-lent, sa faible consistance ne permettaient pas, au moment où nous opérâmes cette jeune malade, de croire à une tumeur maligne ; le polype n'avait ni la dureté, ni la tendance envahissante des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques. Il avait marché beaucoup moins vite que les cancroïdes et surtout les cancers qui prennent parfois naissance dans la même cavité.

Les polypes des fosses nasales sont rares dans la première enfance. Pour celui-ci, il est presque impossible de fixer l'époque du début. Lorsque les parents de la malade reconnurent qu'elle était atteinte d'une affection des fosses nasales, elle n'avait que cinq ans, et d'après les renseignements qu'ils fournissent, rien ne peut faire supposer que la tumeur n'existât pas depuis longtemps déjà. C'était donc un néoplasme presque congénital.

Par son volume, la tumeur présentait une certaine analogie avec les fibromes naso-pharyngiens. Nous craignîmes même un instant qu'elle ne se fût développée également vers la paroi supérieure des fosses nasales, qu'elle n'eût refoulé et détruit la

lame criblée de l'ethmoïde et pénétré à l'intérieur du crâne. Cette circonstance se présente très-rarement dans les simples myxomes des fosses nasales. Ce sont en général des tumeurs isolées et très-petites. Cependant on a vu quelquefois des faits analogues se produire. Chez une jeune fille, opérée à Lourcine, nous vîmes la mort survenir rapidement par le fait d'une méningite, après l'enlèvement de plusieurs polypes fibro-muqueux des fosses nasales. A l'autopsie, on trouva qu'un de ces polypes pénétrait à l'intérieur du crâne.

L'absence de tout prolongement de ce côté du pharynx, l'indépendance absolue de l'apophyse basilaire servait de confirmation à cette règle formulée par Nélaton :

Que les polypes naso-pharyngiens s'implantant sur l'apophyse basilaire sont une maladie propres aux jeunes gens et ne se rencontrent point chez les jeunes filles.

b. *Manuel opératoire.* — La malade, endormie par le chloroforme, fut placée dans une situation intermédiaire entre la position verticale et la position horizontale. La langue fut tirée au dehors avec une pince hémostatique. Un des aides fut chargé de présenter, selon les nécessités de l'opération, de nombreuses éponges, de volume différent, montées sur de longues pinces hémostatiques.

La bouche fut maintenue ouverte au moyen de l'écarteur de Lüer ; des éponges furent placées dans le vestibule de la bouche et le sillon glosso-épiglottique ; une autre grosse éponge, tenue au-dessous de la lèvre supérieure, permit d'éviter l'entrée dans la bouche du sang et des liquides venant des fosses nasales.

On débrida ensuite la narine gauche, au moyen d'une incision faite sur le dos du nez, juste au niveau de la ligne médiane et intéressant la lèvre supérieure. La tumeur fut enlevée dans sa totalité par arrachement avec les pinces à polypes et les doigts.

La malade fut ensuite reportée dans la salle ; on la laissa reposer pendant une heure environ, et au bout de ce temps on reséqua avec les ciseaux la portion de pituitaire sur laquelle était implanté le polype.

L'hémostase fut faite au moyen d'éponges introduites dans la plaie, et produisant une compression assez forte, maintenue pendant six heures. Au bout de ce temps, on plaça six sutures : trois sur le nez, trois sur la lèvre.

L'*arrachement* simple était absolument contre-indiqué ; le volume de la tumeur, sa consistance, les épistaxis qui s'étaient présentées à diverses reprises ne permettaient en aucune façon d'y avoir recours.

L'*incision* ne pouvait être faite que sur la ligne médiane. Pratiquée sur un des côtés du nez, elle n'eût donné qu'une ouverture insuffisante. En outre, une cicatrice médiane et régulière est à peine visible ; une cicatrice latérale, au contraire, est choquante.

La *position* à donner à la malade pendant l'opération est très-importante. Il faut la placer de telle façon que le chirurgien ne soit pas gêné, et que le sang n'ait pas de tendance à pénétrer dans les voies aériennes.

L'*anesthésie* par le chloroforme n'est ni plus dangereuse, ni moins utile que dans les autres opérations de la face.

La *rapidité* dans l'exécution est de toute nécessité. La malade perd d'autant plus de sang que l'opération dure plus longtemps.

L'*hémostase* est également de la plus haute importance. Les éponges, placées comme nous l'avons dit, rendent de vrais services. Outre la compression qu'elles exercent, elles jouent pendant le cours de l'opération un rôle protecteur à l'égard du larynx et la trachée. A mesure que les liquides s'écoulent, elles les absorbent et mettent de ce côté à l'abri du danger de suffocation.

L'*interruption* rend aussi de grands services ; elle permet à la malade de se reposer et de prendre des forces, de sorte qu'il devient facile ensuite de mener à bien l'opération. Le traitement consécutif a consisté en lavages répétés, émollients d'abord, légèrement astringents dans la suite.

OBS. CCCXXXII. — *Polype fibreux naso-pharyngien. Extirpation avec la pince-scie. Guérison.* — Bienvenu Jules, seize ans, entré le 8 mai

1874. Porte dans les fosses nasales et le pharynx une tumeur qui, depuis quelque temps, occasionne de fréquents saignements de nez. Ce malade raconte qu'il y a un an, à peu près, il est tombé sur le nez en faisant de la gymnastique. Un mois après cet accident, il remarqua qu'il ne pouvait respirer par le nez que du côté de la narine droite; un mois plus tard la narine gauche fut elle-même obstruée.

Il sentait vers le haut du nez, dit-il, quelque chose de solide qui le gênait même pendant la déglutition. Il avait plusieurs fois par jour des épistaxis qui l'affaiblissaient notablement. Il y a cinq mois on a pratiqué une opération sur laquelle on ne peut avoir de détails. On voit seulement sur la moitié gauche du voile du palais la cicatrice d'une incision antérieure.

Ce malade est amaigri, faible, pâle, et a des maux de tête. La voix est nasonnée, la respiration par les fosses nasales abolie ; la déglutition est devenue de plus en plus difficile.

Depuis huit jours, les épistaxis sont fréquentes et abondantes. Un écoulement purulent continuel se fait par la narine gauche et il y a un suintement de sang par la bouche.

Si l'on fait ouvrir la bouche, on voit une tumeur assez volumineuse occupant la moitié gauche de l'isthme du gosier, et abaissant par son poids le voile du palais qui est déformé et présente une convexité inférieure. L'arrière-cavité des fosses nasales est presque entièrement obstruée par cette tumeur. Le doigt replié en crochet et introduit derrière le voile du palais révèle une implantation profonde sur l'apophyse basilaire. Le polype est dur, fibreux, et présente à sa surface de nombreuses adhérences. L'affaiblissement extrême produit par des hémorrhagies répétées fait que M. Péan se décide à faire l'opération en deux fois, craignant que, s'il agissait autrement, le malade ne succombât à une syncope pendant l'opération.

9 mai. Le malade étant chloroformé, on pratique une incision sur la ligne médiane de la voûte palatine. La fibro-muqueuse présentant une vascularisation anormale, est détachée de chaque côté avec la rugine. Une seconde incision transversale est faite à angle droit à l'extrémité antéro-supérieure de la première. De chaque côté, on applique sur l'os dénudé de petites couronnes de trépan aux extrémités de l'incision transversale; puis, avec une pince de Liston convenablement choisie, on résèque les ponts osseux qui séparent ces couronnes. On obtient ainsi très-rapidement une large perforation quadrangulaire de la voûte palatine. Cette ouverture permettant à la tumeur de se développer librement met pour quelques jours le malade à l'abri de nouveaux accidents. On en profite pour le tonifier, afin d'enlever le polype dans de meilleures conditions de santé générale.

23. Dans l'intervalle qui s'est écoulé depuis la dernière séance, le

malade n'a pas perdu de sang. Le polype fait saillie par l'ouverture qui a été faite à la voûte palatine.

Extirpation avec la scie-pince. Cet instrument par sa disposition et sa construction a l'avantage de comprimer énergiquement la tumeur à son implantation et d'empêcher l'hémorrhagie pendant que du même coup la petite scie dissimulée dans les mors de la pince fait la section.

La scie est manœuvrée lentement; le tissu est dur et résistant L'implantation est d'ailleurs très-large et ne peut être enlevée qu'à plusieurs reprises et avec des instruments de courbure variée.

30. Le malade n'a pas perdu de sang depuis l'extirpation du polype; plusieurs portions restantes de la tumeur se sont sphacélées et détachées.

13 juin. Il ne reste plus de la tumeur que le prolongement nasal. Toute la partie qui s'insérait sur l'apophyse basilaire a disparu. Il ne s'écoule qu'un peu de liquide visqueux mais sans odeur. Le malade étant endormi, on extirpe avec la scie-pince ce qui restait de la tumeur : cette dernière partie était assez résistante, mais moins cependant que celle de l'implantation. Il ne reste plus rien de la tumeur et les premiers cris du patient révélent une voix claire.

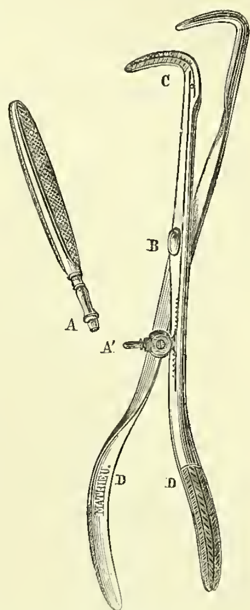


Fig. 36. — Scie-pince pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

Le lendemain, le malade peut respirer librement : la voix est redevenue normale.

Les suites de l'opération furent insignifiantes; le malade quitta le service le 30 juin, et la cicatrisation de la plaie fut complète le 15 juillet.

Cependant, en raison de la nature fibreuse de la tumeur et de son siége, M. Péan engage le malade à revenir le voir à des intervalles rapprochés. Neuf mois plus tard, il n'y avait pas eu de récidive.

§ IV

APPAREIL DE LA GUSTATION

Obs. CCCXXXIII. — *Papillome ulcéré de la langue. Ablation avec l'écraseur. Guérison.* — Guilaret (Marie), trente-neuf ans, journalière,

entre le 17 juillet 1874. Il y a huit à neuf ans, cette femme remarqua vers l'extrémité antérieure de la face dorsale de la langue, un petit bouton qui ne lui causait aucune gêne. Depuis 1870, ce bouton s'est recouvert d'une ulcération, puis la langue a subi une petite perte de substance, et présente aujourd'hui à sa surface un sillon plutôt étendu que profond. Des douleurs d'oreilles intenses sont alors survenues. Dans les derniers temps, la mastication est devenue très-pénible par suite de la grande sensibilité de la langue.

La santé générale n'a jamais été altérée.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, la langue est le siége d'une petite tumeur qui, partant de la pointe, remonte assez haut sur la face dorsale. Les bords sont indurés, inégaux, sur le point de s'ulcérer. A la surface, on trouve de petites ulcérations. Il reste encore une assez grande étendue de la langue qui est saine. Rien de particulier du côté de la glotte. La malade ouvre difficilement la bouche, et ressent quelques douleurs dans la mâchoire.

18 juillet. On passe deux trocarts très-courbes, qui serviront à maintenir la chaîne de l'écraseur avec laquelle on saisit la langue en arrière de la tumeur. Malgré la lenteur que l'on apporte à manœuvrer l'instrument, les deux artères donnent un fort jet de sang, que l'on arrête avec des pinces placées sur chacune d'elles. La tumeur examinée au microscope était un *papillome recouvert d'une ulcération simple* (M. Ducastel).

20. Céphalalgie intense siégeant au sommet de la tête. Douleurs très-vives de la langue. Pas d'hémorrhagie consécutive. P=88. Peau fraîche. On enlève les pinces.

22. Souffre moins; mais a beaucoup de peine à prendre du bouillon; une partie ressort par le nez. Céphalalgie moins pénible. P = 90. La plaie de la langue suppure, ce qui exige de fréquents lavages.

26. A reposé plusieurs heures pendant la nuit; P = 80. La plaie de la langue va très-bien. Éprouve toujours beaucoup de difficulté à prendre du potage; elle ne peut l'avaler et le rend par la bouche et les narines; les liquides seuls passent, et encore difficilement.

28. La malade demande à se rendre chez elle et continuera de se soigner. La cicatrisation de la plaie se fait déjà sur les bords. Les douleurs sont moins fortes. La déglutition des potages et des viandes finement hachées se fait sans difficulté.

CHAPITRE VII

MALADIES DES VAISSEAUX

Nous rangeons dans ce chapitre les maladies des artères et des veines. Nous renvoyons à celles des régions les maladies des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Les observations rapportées sont au nombre de 22 et réparties de la sorte :

Anévrysme de la poplitée	1 cas.
Anévrysme artérioso-veineux (artère et veine fémorales)	1
Nævi materni	2
Varices enflammées	1
Ulcères variqueux	17

L'observation de l'anévrysme poplité renferme plusieurs points intéressants, parmi lesquels nous mentionnerons les troubles sensitifs et trophiques survenus dans la jambe à la suite de la ligature de la fémorale. La tumeur ayant été traitée une fois par la ligature d'après la méthode d'Anel et la guérison n'ayant pu être obtenue, on eut plus tard recours aux injections coagulantes; le résultat fut un peu plus heureux. (Obs. CCCXXXIV.)

L'anévrysme artérioso-veineux donna lieu, lui aussi, à des désordres dans la nutrition du membre, entre autres à un ulcère variqueux qui fut aisément guéri par l'élévation.

Des deux nævi observés, l'un étant bien localisé, fut enlevé et la plaie guérit sans difficulté. Le second cas est beaucoup plus intéressant. Les nævi étaient généralisés; le sujet qui les portait était un scrofuleux anémique. Pendant son enfance, il

avait éprouvé des convulsions telles, qu'à un moment donné on l'avait cru atteint de méningite tuberculeuse. (Obs. CCCXXXVI.)

Toutes les affections veineuses ont été des complications de varices; une, d'inflammation sérieuse, fut traitée par l'immobilisation et l'élévation du membre. (Obs. CCCXXXVIII.)

Nous avons rangé les dix-sept ulcères variqueux mentionnés d'après le mode de traitement employé. Tous, sauf un seul, s'étaient développés chez des hommes. Dans deux cas, la profession n'a pas été notée; treize malades exerçaient des métiers exigeant une station verticale prolongée. L'alcoolisme et la syphilis n'ont été notés que chez un seul malade. Un autre entra dans le service pour une hémorrhagie abondante (obs. CCCXLVIII), qui s'était faite à la surface de l'ulcère; on en eut facilement raison par la compression avec les rondelles d'amadou. L'âge des sujets était variable; généralement il dépassait 50 ans. Voici, d'ailleurs, le tableau des professions et de l'âge des malades :

Hommes de peine..	4	[40 ans : 1 — 42 ans : 2 — 49 ans : 1. (L'ulcère était apparu 15 ans auparavant).]
Menuisiers........	2	[62 ans : 1 — 59 ans : 1. (Ulcère datant de 20 ans).]
Ferblantiers.......	1	(56 ans).
Tourneurs en bois..	1	(21 —).
Frappeurs	1	(63 —).
Typographes	1	(61 —).
Raffineurs	1	(55 —).
Tonneliers........	1	(72 —). Ulcère datant de 12 ans.
Bouchers	1	(40 —).
Professeurs	1	(50 —).

Enfin, chez deux malades, l'un de 46 ans, l'autre de 30, la profession n'est pas indiquée.

Les traitements ont été dirigés les uns contre les varices elles-mêmes, les autres contre les ulcères seuls.

Chez deux malades on a fait, avec les précautions voulues, des injections de perchlorure de fer. On n'a eu aucun accident,

et ils ont pu quitter le service le premier au bout de quinze jours, le second au bout de trois semaines.

Un seul malade a été traité par le repos et les applications de vin aromatique ; il est sorti au bout de quinze jours ; un de ses ulcères était guéri, l'autre diminué de moitié.

Deux ont été traités par le repos et la greffe épidermique ; l'un de ces derniers avait un ulcère aussi étendu que la paume de la main d'un adulte. Tous les deux furent entièrement guéris au bout de trois semaines.

On traita par l'élévation deux malades : chez le premier la peau était rouge et sur le point de s'ulcérer ; il fut entièrement guéri au bout de quatorze jours. Chez le second, l'ulcère était large et des phénomènes inflammatoires occupaient tout le membre ; il fut guéri au bout de trois semaines.

Les autres malades furent traités par l'occlusion avec des bandelettes de sparadrap imbriquées. Un seul, dont l'ulcère mesurait cinq centimètres de long sur trois de large, fut traité en même temps par la greffe épidermique. La guérison fut complète au bout d'un mois. (Voy. obs. CCCXLIX.)

Obs. CCCXXXIV. — *Anévrysme de l'artère poplitée gauche. Ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa. Accidents observés seize ans plus tard dans le membre correspondant.* — Gaillard (Hubert), quarante-six ans, marchand de papier à lettres, entre le 13 janvier 1875, salle Saint-Augustin, lit n° 20.

Ce malade, qui a eu il y a seize ans un anévrysme de la poplitée contre lequel notre illustre maître, M. Denonvilliers, avait pratiqué avec nous la ligature de la fémorale par la méthode d'Anel, revient nous voir aujourd'hui pour une série d'accidents consécutifs, soit à la tumeur elle-même, soit à la ligature de l'artère.

La recherche des antécédents ne fournit rien de bien intéressant. Il aurait eu seulement dans sa jeunesse deux fièvres éruptives, la variole, et, d'après ce qu'il dit, la scarlatine. Il est impossible d'obtenir des renseignements précis sur l'une ou l'autre de ces deux affections. Il affirme toutefois qu'elles ont été toutes les deux légères et que ni l'une ni l'autre n'a mis sa vie en danger.

L'anévrysme avait une cause traumatique. Il y a dix-neuf ans, à la suite d'une violente tension du jarret gauche, il avait senti sous le doigt une

tumeur grosse à peu près comme une lentille et qui occupait le centre du creux poplité. Il ne peut rien dire sur sa manière d'être. Était-elle réductible, animée de battements? Il n'a rien remarqué sous ce rapport. Tout ce qu'il sait, c'est qu'au bout de deux ou trois jours elle disparut sans autre traitement que le repos au lit. Trois ans plus tard, survint spontanément au même endroit une autre tumeur ovoïde beaucoup plus volumineuse que la première et animée de battements isochrones à ceux du pouls. Cette fois-ci il n'y aurait eu aucune cause déterminante appréciable, le malade aurait vaqué à ses travaux habituels et il n'aurait pas fait d'efforts exagérés. Il est bon toutefois de faire remarquer qu'il était homme de peine, qu'il se tenait constamment debout et que chaque jour il était obligé de soulever des fardeaux.

La tumeur était très-gênante ; elle déterminait dans toute la jambe des douleurs tellement vives, qu'elles l'obligèrent d'abandonner ses occupations. Voyant qu'un repos de deux mois n'avait amené aucune amélioration sensible dans son état, il se décida, au mois de mars 1859, à entrer à Saint-Louis dans le service de M. Denonvilliers. On traita d'abord la tumeur par la compression digitale continuée sans interruption pendant vingt-quatre heures. N'ayant rien obtenu, M. Denonvilliers eut recours à la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa. Le malade resta neuf mois dans le service et sortit paraissant complétement guéri. La tumeur avait entièrement disparu, et il n'y avait plus ni douleur dans la jambe, ni battements dans la région poplitée.

Malheureusement cette amélioration ne se maintint pas; au bout de trois ou quatre mois, il ressentit de nouveau des douleurs dans la jambe et entra à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Voillemier. Depuis sa sortie de l'hôpital, il n'avait pu reprendre son métier, désormais beaucoup trop pénible, et s'était mis à vendre du papier à lettres. M. Voillemier injecta dans la tumeur du perchlorure de fer. Les battements et la douleur disparurent, mais la tumeur persista; néanmoins le malade sortit au bout d'un mois.

Au moment de l'entrée du malade, le 13 janvier 1875, on constate l'état suivant :

Lorsqu'il est couché sur le ventre, la jambe dans l'extension, on aperçoit dans le creux poplité une tumeur ovoïde à grand axe vertical. Elle est assez volumineuse pour combler la dépression qui existe normalement dans la région ; elle est molle, fluctuante, mais non pulsatile. Les téguments ont leur coloration normale, ils sont complétement indépendants de la tumeur ; elle semble, au contraire, adhérer étroitement aux parties profondes sur lesquelles elle n'est nullement mobile ; son grand axe présente une longueur de $0^{m},06$ environ.

Depuis sa sortie du service de M. Voillemier, le malade aurait toujours

eu la jambe gauche plus faible que la droite. Cette faiblesse n'était pourtant pas suffisante pour amener de la claudication.

Différents troubles sensitifs ont atteint également ce membre. Le plus désagréable était une sorte de prurit comparable, d'après ce qu'il dit, à l'irritation que produirait du verre pilé placé sous les téguments.

A certains moments il y avait dans la jambe une sensation de pesanteur telle, que le malade était obligé de la traîner. Les veines étaient variqueuses et se gonflaient sous la moindre influence, de sorte que, pour remédier à cet inconvénient, le malade était obligé de porter un bas élastique. La jambe est froide et l'a toujours été depuis la ligature de la fémorale.

Troubles trophiques. — La mensuration comparative des deux membres donne les résultats suivants :

Circonférence à 0m,05 au-dessous du bord inférieur de la rotule.	Jambe gauche	0m,27
	Jambe droite	0 ,31
Circonférence au niveau de la saillie du mollet.	Jambe gauche	0 ,28
	Jambe droite	0 ,33
Circonférence à 0m,01 au-dessus des malléoles.	Jambe gauche	0 ,18
	Jambe droite	0 ,20

La peau est fine et rosée au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne ; elle est parcourue par de nombreuses veinules qui lui donnent une coloration particulière presque bleuâtre. Sur toute la jambe droite on trouve des poils assez abondants ; il n'en existe point, au contraire, sur le côté externe et la partie inférieure de la jambe gauche.

Aux pieds. — La voûte plantaire du côté gauche est exagérée. La peau des orteils est violacée et froide ; des fourmillements se font sentir dans ces organes ; ils sont eux-mêmes rétractés, *en griffe*, c'est-à-dire que la troisième phalange est fléchie fortement sur la seconde. Il est impossible de percevoir les battements de la pédieuse.

Ce malade est resté un mois dans le service ; il a été soumis à un traitement général reconstituant (huile de foie de morue, vin de quinquina et fer), bains alcalins tous les deux jours, et à un traitement local (électrisation). A sa sortie on constate une amélioration notable.

Obs. CCCXXXV. — *Anévrysme artérioso-veineux (Artère et veine fémorales). Ulcère variqueux consécutif. Immobilisation et élévation du membre. Guérison de l'ulcère.* — Desmurs, quarante et un ans, jardinier, entre le 10 septembre 1874. Atteint depuis deux ans d'un anévrysme artérioso-veineux de la veine et de l'artère fémorales gauches consécutif à une plaie par instrument piquant. Cet anévrysme fut traité à l'hôpital de la Charité, par la compression digitale. Depuis cette époque le malade a toujours ressenti dans le membre une faiblesse musculaire très-marquée avec en-

gourdissement. Pas de différence de température ni de volume entre les deux membres. À son entrée dans le service, on trouve au sommet de l'angle inférieur du triangle de Scarpa une tumeur de la grosseur d'une noix. A la palpation, frémissement vibratoire très-net; battements perceptibles à la vue. A l'auscultation, souffle à double courant. Les veines sous-cutanées présentent des varices nombreuses, très-développées en certains endroits. Depuis environ six mois, le malade est atteint d'un ulcère de la grandeur d'une pièce de 5 francs siégeant à la partie moyenne, antérieure et interne de la jambe, présentant tous les caractères des ulcères variqueux. La peau du voisinage est violacée, œdémateuse; au fond de l'ulcère on trouve les muscles recouverts de gros bourgeons charnus saignant facilement. Cet ulcère est apparu il y a six semaines environ; grand comme une pièce de 50 centimes à l'origine, il a peu à peu atteint sa surface actuelle. Repos absolu dans le décubitus dorsal. Jambe légèrement élevée. Pansement simple.

Le malade sort au bout de six semaines après la fermeture complète de l'ulcère.

Obs. CCCXXXVI. — *Nævi materni généralisés. Accidents nerveux. Anémie. Troubles divers de nutrition.* — François (Émile), seize ans, sans profession, entré le 4 janvier 1874. Scrofuleux, cicatrices au niveau de plusieurs ganglions du cou. Ophthalmies et manifestations du côté du cuir chevelu pendant l'enfance. Aurait eu jusqu'à dix ans de fréquentes convulsions, vers neuf ans, elles auraient pris un aspect assez menaçant pour faire croire à une méningite tuberculeuse. Les nævi occupent surtout la moitié droite du thorax, tandis que la moitié gauche de l'abdomen est indemne. Ils ont la forme d'ilôts de couleur framboise, devenant d'un rouge plus vif à la chaleur. Le côté droit du front, du cou et de la joue droite sont également affectés. Le côté droit du tronc, mathématiquement limité par une ligne partant de la fourchette du sternum et aboutissant à la symphyse pubienne, en est parsemé.

Cette différence du côté droit et du côté gauche, moins nette pour les membres, est cependant encore visible. Aux deux mains on trouve plus de nævi sur la face palmaire que sur la face dorsale. Le dos présente la même disposition que le thorax et l'abdomen, toutefois ces taches sont plus rares. La langue, vers sa pointe, est très-colorée. Rien aux gencives.

Il y a quatre ans, il se forma sans cause appréciable des ulcérations assez larges du côté de la face palmaire de tous les doigts. Le tissu cicatriciel qui leur succéda amena la rétraction des fléchisseurs de l'index et du médius à droite, du médius seul à gauche.

Actuellement, le gros orteil droit est atteint d'onyxis avec une ulcération occupant la partie latérale externe et la moitié de sa pulpe. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic, le fond est grisâtre et ressemble à une

scrofulide entée sur une tumeur érectile. Intelligence peu développée, pas de troubles du côté de la motilité, de la sensibilité générale ou spéciale, muqueuses décolorées. Bruit de souffle systolique à la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou.

Alimentation fortifiante. Quinquina et fer. Pansement de la plaie du gros orteil avec l'emplâtre rouge.

18 janvier. Depuis quelques jours l'ulcération semble s'agrandir.

Application de poudre de chlorate de potasse.

20. L'ulcération est restée stationnaire. La poudre est remplacée par une solution de chlorate de potasse au vingtième. Chlorate de potasse à l'intérieur.

1er février. L'ulcération diminue; état général amélioré.

27. Le malade sort sur sa demande, l'ulcération est notablement diminuée, mais elle présente toujours un aspect grisâtre atonique. (Le moule est conservé au musée de M. Péan à Saint-Louis.)

Obs. CCCXXXVII. — *Nævus maternus. Ablation. Érysipèle. Guérison.* — Ouvreur (Hippolyte), trente-trois ans, pianiste, entré le 17 juillet 1874.

Cet homme avait de naissance un nævus de l'étendue d'une pièce de un centime, qui était placé sur la joue droite au niveau de la pommette. Pendant très-longtemps ce nævus n'a rien présenté de particulier. Il y a cinq ans, il a commencé à grandir, et présente aujourd'hui l'étendue d'une fève, dont il a presque la forme. Son aspect est couenneux; sa teinte légèrement grisâtre, il s'élève très-peu au-dessus de la peau.

20 juillet. On fait une incision circulaire qui circonscrit toutes les parties atteintes, et on réunit les bords de la plaie avec plusieurs aiguilles à suture.

21. Le malade n'a pas de fièvre; il a dormi cette nuit; il a bon appétit. P=80.

25. On enlève les aiguilles et on les remplace par de petites bandelettes enduites de collodion. La plaie se réunit très-bien.

28. Probablement sous l'influence du tiraillement, la partie supérieure de la plaie ne s'est pas réunie par première intention et suppure un peu. L'état général est bon.

29. Un peu de fièvre hier avec frisson léger. La langue est pâteuse. P = 86.

30. Nouveau frisson hier avec nausées. État saburral de la langue. Peau chaude, P = 90. Vomitif. Les parties environnant la plaie sont rouges et sensibles.

31. Le malade est pris d'un érysipèle. La paupière inférieure est rouge et tuméfiée; la peau de la joue est violacée et sensible. Aussitôt qu'il se remue dans son lit, il a de petits frissons. On le place dans une salle d'isolement.

1er août. L'érysipèle s'est étendu à une partie de la joue, et le gonfle-

ment a gagné la paupière inférieure. La peau est chaude et sèche. P=104.

3. Souffre un peu moins. La réunion par première intention a échoué. La plaie suppure un peu. L'érysipèle, qui s'est borné à la joue, ne semble pas progresser. Peau chaude. P = 100.

6. Le malade va mieux. La langue est moins chargée. P=88. A pris un peu de nourriture.

8. La peau se desquame légèrement; l'état général est bon; la plaie se cicatrise.

15. Guérison.

Obs. CCCXXXVIII.— *Varices enflammées et suppurées. Immobilisation. Élévation du membre. Guérison.*— Antoine-Théodore, quinze ans, débitant de tabac, entré le 11 avril 1874. Le 28 février dernier, sa jambe droite devint le siége d'un gonflement très-douloureux, puis la peau rougit. La veille il avait eu du frisson, de la fièvre toute la nuit, et le matin il ne put se lever. La peau ne tarda pas à prendre une coloration d'un rouge noirâtre. Par moments il ressentait des élancements violents, et il ne pouvait remuer la jambe tant la douleur était vive. Il se contenta d'appliquer des compresses d'eau froide, puis de l'amidon, et enfin des cataplasmes. La veille de son entrée à l'hôpital, la peau s'était ulcérée, et une ouverture arrondie laissait passer un peu de sang noirâtre. A la partie moyenne de la jambe, près de la crête du tibia, existe une petite tumeur, au sommet de laquelle se trouve l'orifice dont nous avons parlé. Ce matin il s'est formé un deuxième orifice très-voisin du premier, et qui laisse s'écouler du pus et du sang veineux. La peau qui recouvre l'abcès est soulevée dans une étendue de 3 centimètres de diamètre. L'appétit diminue, et le sommeil est troublé par les douleurs que le malade éprouve. Cependant ces douleurs ne paraissent pas exercer une grande influence sur l'état général.

13 avril. On place la jambe du malade dans un hamac incliné de manière à favoriser la circulation en retour. Cataplasmes émollients.

17. La suppuration fortement colorée en rouge brun se fait aussi abondante qu'à l'entrée, le malade souffre moins et a recouvré l'appétit.

23. Même état.

28. La cavité interne de l'abcès suppure abondamment; plus de douleur ; état général excellent.

4 mai. La suppuration et l'écoulement sanguinolent ont beaucoup diminué, et la cavité de l'abcès s'est retrécie.

10. L'un des orifices est fermé; la suppuration se réduit à peu de chose.

20. L'abcès a cessé de suppurer depuis deux jours ; il est complétement oblitéré.

3 juin. Le malade a gardé le lit pendant tout ce temps dans le but d'assurer une guérison durable, et pour donner aux téguments le temps

de recouvrer leur résistance normale. On ne voit plus sur la jambe gauche qu'une tache fortement colorée.

6. Quitte le service.

ULCÈRES VARIQUEUX.

A. — Traitement par l'injection intra-veineuse de perchlorure de fer.

Obs. CCCXXXIX. — Neauport (François), quarante ans, homme de peine. Ce malade s'aperçut il y a douze ans qu'il portait sur le cou-de-pied gauche des varices qui rendaient la marche pénible. Depuis lors, d'autres tumeurs semblables se sont développées sur la partie antérieure de la même jambe.

9 février. On voit sur chacun des membres inférieurs des veines dilatées et sinueuses, mais la jambe gauche est surtout intéressée. Toutes ses veines offrent l'aspect de cordons durs qui serpentent jusque sur la face dorsale du pied. Vers la partie moyenne de la jambe, un peu en dehors, existe une petite ulcération peu profonde. Son origine remonte à trois semaines; elle est grande comme une pièce de un franc. Le malade souffre beaucoup en marchant; le pied se gonfle le soir et devient douloureux.

14. Une compression à l'aide de bandes de toile est faite au-dessus du cordon variqueux le plus développé. On injecte 12 gouttes de perchlorure de fer avec la seringue d'Anel.

La canule est maintenue pendant quelques instants jusqu'à ce que le caillot soit formé: deux doigts placés, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la piqûre sentent la veine se durcir et le caillot se former. Une seconde injection est pratiquée sur un autre cordon et avec les mêmes précautions. On s'en tient là pour donner aux collatérales le temps de suppléer au tronc principal.

Le malade est ensuite reporté dans son lit; et pour éviter l'excès du travail inflammatoire, on maintient la jambe élevée à l'aide d'un hamac, et l'on applique des cataplasmes de fécule.

Pendant cinq jours le membre est laissé dans la même position.

27. L'inflammation a disparu. Les varices sont oblitérées et l'ulcère parfaitement guéri. Le malade quitte le service.

Obs. CCCXL. — Cocherel (Eugène), quarante-deux ans, journalier, entré le 4 janvier 1875. Apparition d'une première ulcération il y a vingt ans. L'ulcère actuel siége à 3 cent. au-dessus du sommet de la malléole externe droite et un peu en arrière. Il a le diamètre d'une pièce de 5 francs. Varices énormes de toute la jambe.

Injection de dix gouttes de perchlorure de fer avec la seringue de M. Aubry (après avoir pris les précautions indiquées ci-dessus).

Caillot chimique sensible au toucher. Le 30 janvier, l'ulcère étant fermé, le malade quitte le service avec la plus grande facilité.

B. — Traitement par occlusion.

Obs. CCCXLI. — Mollier (Laurent), cinquante-cinq ans, raffineur, entré le 26 mars 1875. N'a pas encore eu d'ulcère, mais il y a dix ans, il s'est aperçu que les veines des deux membres inférieurs étaient variqueuses.

Ulcère de la grandeur d'une pièce de 2 francs, siégeant à la base de la malléole externe droite. — Repos. — Élévation du membre. — Compression. — Guérison au bout de dix jours.

Obs. CCCXLII. — Leblouch, cinquante ans, professeur, entré le 14 avril 1875. S'est aperçu de l'existence de varices des deux côtés il y a quatre ans; l'ulcère remonte seulement à un mois.. Occlusion avec des bandelettes, puis pansement ouaté au-dessus. Au bout de trois semaines, l'ulcère ayant diminué des trois quarts à peu près, le malade sort sur sa demande.

Obs. CCCXLIII. — Patin (Jean), soixante-douze ans, tonnelier, entré le 12 avril 1875. Varices depuis quarante ans au moins. Ulcère variqueux depuis douze ans, occupant aujourd'hui le milieu de la face interne de la jambe gauche. Diamètre d'une pièce de 5 francs.

Repos et occlusion. Au bout de quinze jours l'ulcère présente un diamètre de 1 cent. environ. Le malade ne souffre plus et insiste pour sortir.

Obs. CCCXLIV. — Valat (Baptiste), quarante-neuf ans, journalier, entré le 14 février 1875. Ulcère de la grandeur d'une pièce de 5 francs, remontant à quinze ans, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur sur la face externe de la jambe gauche. Repos et occlusion. Sort au bout d'un mois. L'ulcération est fermée.

Obs. CCCXLV. — Ichints (Jacques), frappeur, soixante-trois ans. Entré le 23 avril 1874. Il y a quarante ans, plaie contuse de l'extrémité inférieure de la jambe, produite par un coup de pied de cheval. Il y a deux mois a été frappé par un éclat de fer au niveau de la cicatrice. La plaie, au lieu de se fermer, a pris les caractères d'un ulcère variqueux; elle siége sur le milieu de la face interne de la jambe, est ovalaire et à grand axe transversal. Repos. Occlusion. Guérison au bout de vingt et un jours.

Obs. CCCXLVI. — Jost (Henri), tourneur en bois, vingt et un ans, entré le 24 avril 1874. A quatorze ans, plaie profonde par instrument

piquant, guérie seulement au bout de six mois, et siégeant au même niveau que l'ulcère actuel. Il y a six semaines, plaie superficielle au même niveau. Applications d'eau blanche et d'une pommade dont il ignore le nom. La plaie n'a pas de tendance à la cicatrisation et présente tous les caractères d'un ulcère variqueux. Correspond à la crête du tibia à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Elle est large comme une pièce de 50 centimes, profonde de 2 millimètres.

Repos. Pansement par occlusion. Guérison complète au bout de douze jours.

Obs. CCCXLVII. — Bouillot (Jean-Baptiste), menuisier, soixante-deux ans, entré le 27 mars 1874. Alcoolique et très-probablement syphilitique (chancre unique, bubons, roséole). L'ulcère, remontant à dix-huit mois, donne lieu à plusieurs hémorrhagies sérieuses. Il siége sur la face interne de la jambe droite à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole interne, et mesure 3 cent. dans son plus grand diamètre. Immobilisation. Pansement par occlusion (bandelettes de sparadrap imbriquées). Guérison au bout d'un mois, malgré le développement d'une bronchio-pneumonie pendant le séjour à l'hôpital.

Obs. CCCXLVIII.— Droulhons (Nicolas), menuisier, cinquante-neuf ans, entré le 26 avril 1875. Ulcère ayant débuté il y a vingt ans, et s'étant fermé et ouvert à plusieurs reprises, la dernière fois, il y a huit jours, avec une hémorrhagie veineuse au moment où le malade enlevait son bas élastique.

Siége à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la face interne du tibia droit. Circulaire, grand comme une pièce de un franc. Toutes les veines du membre inférieur sont variqueuses.

Compression avec de l'amadou pour arrêter les hémorrhagies, puis occlusion. Guérison au bout de huit jours.

Obs. CCCXLIX — François (Louis), ouvrier typographe, soixante et un ans, entré le 6 mai 1875. Ulcère ayant débuté il y a sept mois, situé à cinq travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole interne droite. Irrégulier, a un diamètre vertical de 4 centimètres. Bords pâteux. Suppuration de mauvaise odeur. Deuxième ulcère en arrière sur la même jambe et au même niveau. Troisième de la grandeur d'une pièce de cinq francs sur la partie moyenne de la jambe en arrière. Pendant quinze jours : greffes épidermes, puis occlusion. Guérison au bout d'un mois.

Obs. CCCL. — Burgos (Jean), quarante ans, garçon boucher, entré le 17 mars 1875. Jambe gauche présentant une couleur terre de Sienne caractéristique dans la plus grande partie de son étendue, mais surtout

en avant du péroné. Les veines de cette jambe sont dilatées et sinueuses. Rien dans la jambe droite. Plusieurs ulcères, dont le plus grand siége sur la face externe à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Peau rouge, lisse et tendue; un peu d'œdème de tout le membre. Repos au lit. Cataplasmes. Occlusion avec les bandelettes. Tous les ulcères sont fermés au bout d'un mois.

C. — TRAITEMENT PAR L'IMMOBILISATION.

Obs. CCCLI. — Lamy (Henry) ferblantier, cinquante-six ans, entré le 6 juillet 1874. Piedbot accidentel (de la variété pied équin) par ankylose de l'articulation tibio-tarsienne. Cette ankylose est consécutive à une fracture comminutive de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, qui a eu lieu vingt-huit ans auparavant. L'expulsion des séquestres et la guérison n'ont été complètes qu'au bout de trois ans.

Ulcères ayant débuté il y a un an, l'un sur la face antéro-interne de la jambe, l'autre derrière la malléole interne. Ce dernier très-petit est triangulaire. Le premier est ovalaire, et mesure 7 cent. (diamètre vertical) sur 5 cent. (diamètre horizontal), œdème de tout le membre.

Repos au lit. Pansement avec le vin aromatique. Sort au bout de quinze jours sur sa demande. Le petit ulcère est guéri, le grand ne dépasse pas une pièce de 50 centimes.

Obs. CCCLII.— Plic (Théodore), quarante-six ans, entré le 4 avril 1874. Deux ulcères siégeant au-dessus de la base de la malléole interne gauche, séparés par une partie saine, large de deux doigts. Tous deux ont débuté il y a deux ans. Ils ont la grandeur d'une pièce de 5 francs. Toutes les veines du membre sont dilatées et variqueuses. Jusqu'au 25 avril, immobilisation et pansement au vin aromatique. Le 26, cinq greffes épidermiques. Guérison complète au bout de trois semaines.

Obs. CCCLIII. — Didier (Guillaume), trente ans, entré le 17 avril 1874. Ulcère ayant débuté il y a un an sur la partie antéro-interne de l'extrémité inférieure de la jambe gauche. Irrégulier, grand comme la paume de la main. Toutes les veines du membre sont variqueuses. Repos. Greffes épidermiques. Guérison au bout de cinq semaines.

D. — Traitement par l'élévation du membre.

Obs. CCCLIV. — Poignet (Pierre), quarante ans, homme de peine, entré le 3 mai 1875. Premier ulcère variqueux de la jambe droite à quinze ans. Deux ou trois autres depuis cette époque. A son entrée, la peau est prête

à s'ulcérer ; elle est rouge et chaude. Gros troncs veineux, dilatés et sinueux. Œdème de toute la jambe. Tous ces phénomènes disparurent au bout de quatorze jours par le repos au lit et l'élévation du membre.

Obs. CCCLV. — Cagnard Sophie, femme de ménage, cinquante-trois ans, entre le 22 août 1874. Ulcère ayant débuté il y a cinq ans, guéri, puis reparu il y a trois mois. Siége sur la face interne de la jambe droite à la base de la malléole. Circulaire, de la grandeur d'une pièce de un franc, peu profond, mais à bords œdématiés et entouré de cicatrices lie de vin. Toutes les veines de la jambe sont très-variqueuses. Repos. Élévation de la jambe dans un hamac. Pansement à la charpie imbibée de vin aromatique. Cautérisation des bourgeons charnus avec le nitrate d'argent. Guérison au bout de trois semaines.

CHAPITRE VIII

MALADIES CHIRURGICALES DU TUBE DIGESTIF ET DE SES ANNEXES

§ I

PORTION SUS-DIAPHRAGMATIQUE

Six observations : Une ouranoplastie pour une perforation de la voûte palatine survenue à treize ans chez un scrofuleux. Au moment de son entrée dans le service, ce malade avait vingt-deux ans, et présentait un état général satisfaisant. Le succès de l'opération ne fut pas complet ; il resta une petite perforation représentant le passage du fil métallique qui avait coupé les tissus restés dans son anse. (Voy. obs. CCCLVI.)

Toutes les autres observations sont relatives à des tumeurs : un calcul salivaire, un sarcome myéloïde, un carcinome du plancher de la bouche ; un carcinome du voile du palais et un carcinome de l'œsophage propagé rapidement aux ganglions du voisinage.

De ces productions, deux, le sarcome myéloïde et le calcul salivaire, purent être enlevées. Le premier malade guérit malgré la survenance d'un érysipèle. (Obs. CCCLVIII.)

Les carcinomes du plancher de la bouche et du voile du palais étaient arrivés à une période trop avancée pour qu'on pût les opérer avec quelque chance de succès ; l'un d'eux (obs. CCCLXI) avait débuté par le bord de la langue et la face postérieure de la gencive ; il fut enlevé en totalité une première fois, mais la récidive apparut dans la cicatrice au bout de cinq mois ; la

cachexie fit des progrès extrêmement rapides, et la mort survint six mois après la récidive, onze mois après le début de la maladie.

Le malade atteint de carcinome du voile du palais resta deux mois et demi dans le service. A son entrée, l'état général était très-mauvais, les ganglions du cou étaient envahis. Au moment de sa sortie, la tumeur n'avait pas sensiblement augmenté de volume.

L'épithélioma de l'œsophage propagé aux ganglions du cou amena la mort par compression de la trachée. Les pièces ont, d'ailleurs, été présentées à la Société anatomique par un de nos internes. Nous donnons *in extenso* les considérations auxquelles cette observation a donné lieu. (Obs. CCCLXI.)

Obs. CCCLVI. — *Perforation ancienne de la voûte palatine. Ouranoplastie. Amélioration.* — Gaillard (Charles), vingt-deux ans, ouvrier en jouets d'enfants, entré le 11 janvier 1875. Scrofuleux. A treize ans il a eu un petit abcès de la voûte palatine qui a laissé à sa place une perforation. Elle est située sur l'extrémité postérieure de la portion osseuse du palais et présente à peu près les dimensions d'une lentille avec dépression infundibuliforme à son niveau. Le voile du palais ainsi que la luette sont très-courts, et comme ratatinés par suite de poussées inflammatoires antérieures. — Le malade nasonne, et le retour des boissons a lieu par les fosses nasales. Avivement du pourtour de l'ulcération. — Section d'un grand lambeau antérieur en forme de fer à cheval à concavité postérieure. Décollement de ce lambeau de chaque côté de la perforation et suture sur la ligne médiane avec dix fils métalliques.

Sphacèle d'une petite partie du lambeau, et chute de deux des fils. Le quart postérieur de la perforation est resté ouvert, mais elle a diminué au point de ne plus présenter qu'un petit pertuis à peine visible au bout de quelques mois.

Obs. CCCLVII. — *Calcul salivaire.* — Berlon (Joséphine), vingt-neuf ans, cuisinière, entre le 12 février 1875. S'est aperçue il y a un mois de la présence d'un corps dur et résistant sur la face externe de la gencive supérieure gauche. Au moment de son entrée on constate que le côté gauche du vestibule de la bouche renferme un gros calcul salivaire qui adhère aux dents dont il porte l'empreinte (fig. 37). La face interne des dents est elle-même incrustée de tartre. Chez cette femme, la quatrième et la dernière molaire sont cariées. Une couche de tartre les recouvre et

va rejoindre le calcul. Celui-ci est d'un blanc sale et tranche par son aspect sur les parties qui l'entourent.

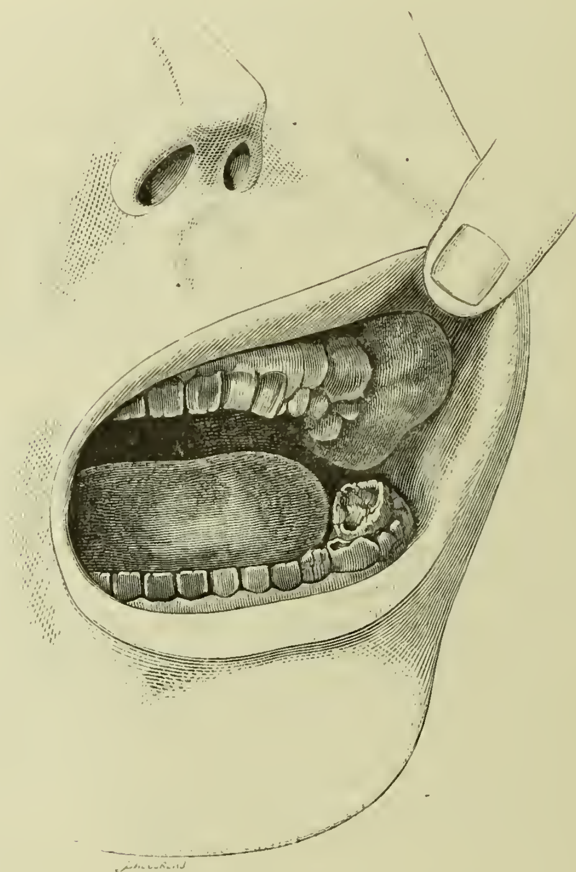


Fig. 37. — Calcul salivaire. (*De notre collection.*)

Extérieurement la joue paraît augmentée de volume ; les sillons naso-labial et naso-jugal ont disparu.

La mastication est très-gênée, et depuis trois semaines la malade ne peut plus broyer les aliments solides.

Extraction du calcul avec les doigts, puis nettoyage des dents avec une curette spéciale. La douleur causée par cette opération est passée au bout de quatre jours et la guérison est complète.

Obs. CCCLVIII. — *Sarcome myéloïde du plancher de la bouche. Ablation. Erysipèle. Guérison.* — Bosonnet (Jules), quarante-sept ans, entré le 5 janvier 1874 pour une ulcération du plancher de la bouche.

C'est un homme bien constitué et d'une bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires de cancer. Ne fume pas. Il y a neuf mois, ce malade remarqua qu'il avait quelque difficulté dans les mouvements de la langue. Il ne s'en préoccupa pas davantage, mais quelque temps après la mastication et les mouvements de la langue pendant la déglutition occasionnèrent des douleurs assez vives. Il sentit alors avec le doigt sous la langue une tumeur dure, du volume d'un petit pois. Il y a trois mois les mouvements de la langue devinrent très-douloureux, et presque impossibles. Il se décida à entrer à l'hôpital.

Entre la langue et l'arcade dentaire, on trouve une seule ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc, à cheval sur le frein de la langue et tranchant bien sur les parties saines environnantes. Elle est d'un rouge jaunâtre, et présente un aspect lardacé; les bords se terminent insensiblement à la surface. Elle est peu profonde; le fond est inégal et présente de petites saillies simulant des bourgeons charnus très-pâles; le tissu sous-muqueux est induré et paraît lui-même intéressé. Rien dans les ganglions. En avant de la tumeur on voit une traînée rougeâtre qui se dirige vers la gencive et celle-ci commence à être envahie.

3 janvier. Ablation. Le maxillaire inférieur est séparé sur la ligne médiane avec la scie à chaîne passée de la partie inférieure du menton sous la langue. Les deux moitiés de l'os étant ensuite écartées on peut se rendre facilement compte de l'étendue du mal. La gencive étant prise ainsi que le périoste, on l'enlève.

L'artère ranine est comprimée avec les pinces hémostatiques. On rugine les parties de l'os qui correspondent à l'ulcération.

Les parties molles sont réunies à l'aide d'épingles et comme les dents sont bonnes et solides on se sert des incisives pour rapprocher les fragments du maxillaire en passant un fil métallique sur elles. On fait également une suture à anse métallique à travers le bord inférieur du maxillaire et les extrémités des fils sont laissées au dehors.

On a trouvé à l'examen microscopique que la tumeur était un sarcome myéloïde.

Rhum et sulfate de quinine.

4 et 5. État général satisfaisant, pas de frisson. Bouillon et potage.

6. Gonflement de la région sous-maxillaire plus marqué du côté droit. Pas de fièvre.

7. Même gonflement avec rougeur. — Pouls normal. Cataplasmes.

9. Un érysipèle se montre dans la région latérale droite du cou.

11. L'érysipèle reste circonscrit. — Un peu de fièvre. — Suppuration se faisant jour dans la bouche.

12. Les épingles des parties molles sont enlevées. Le fil métallique qui unissait les deux fragments étant ôté, ceux-ci chevauchent.

15. Le fil est replacé. La peau envahie par l'érysipèle se desquame. — Le gonflement est toujours le même à la région droite du cou. On trouve un abcès qui donne spontanément issue à une assez grande quantité de pus. Tube de caoutchouc dans le foyer. Le même état persiste jusqu'en mars ; l'abcès suppure toujours. Les gencives sont solidement unies ainsi que toute la muqueuse gingivale et buccale, mais les fragments du maxillaire chevauchent quand le malade essaye de manger des substances résistantes.

31 mars. Le malade peut sortir dans un état très-satisfaisant. Il peut parler et remuer la langue avec facilité ; le cal fibreux qui soude les deux portions du maxillaire n'est pas encore très-solidement ossifié.

Obs. CCCLIX. — *Carcinome du plancher de la bouche. Ablation. Récidive au bout de quatre mois. Mort six mois plus tard.* — Douai (Célestin), cinquante-neuf ans, cuisinier, entré le 7 avril 1875.

Au mois de juin 1874, ce malade, qui n'avait pas l'habitude de fumer, vit apparaître sur les bords de la langue et la face interne des gencives quelques petites saillies bourgeonnantes qui ne tardèrent pas à s'ulcérer. Au mois d'août, les ganglions étant intacts, on enleva la tumeur. La récidive est apparue au commencement de décembre.

Le mal occupe le plancher de la bouche, la muqueuse de la base de la langue et même les gencives. Tout le plancher de la bouche est le siége d'une végétation considérable, présentant des îlots ulcérés à fond grisâtre et à bords déchiquetés. Les gencives, ainsi que les piliers du voile du palais sont envahis, saignant au moindre contact, et donnant lieu parfois à des hémorrhagies buccales abondantes. La paroi antérieure du pharynx est envahie, ce qui a diminué notablement l'ouverture de ce canal ; aussi le malade éprouve-t-il beaucoup de peine à avaler et à respirer. Les mouvements de la langue sont extrêmement gênés. Il a de l'orthopnée. Les ganglions sous-maxillaires ont acquis un volume considérable.

Cachexie avancée. Amaigrissement. Teinte jaune-paille. Hémorrhagies buccales répétées.

Injections détersives. Solution étendue de perchlorure de fer contre les hémorrhagies. Mort le 10 juin par suite des progrès de la cachexie. (La pièce moulée est conservée dans notre musée particulier à l'hôpital Saint-Louis.)

Obs. CCCLX. — *Carcinome du voile du palais. Cachexie avancée. Inva-*

sion des ganglions du cou. — Lagrangerie (Jean-Baptiste). cinquante ans, entré le 17 août 1874, pour un volumineux carcinome du voile du palais.

Depuis le mois de décembre 1873, la déglutition était devenue difficile, ainsi que la respiration; le malade s'aperçut en même temps qu'il maigrissait.

Le voile du palais, les piliers et les amygdales sont le siége d'une tuméfaction considérable ; ils forment une masse dure, irrégulière, présentant des bosselures et des noyaux indurés, mais nulle part on ne remarque d'ulcération. Toute la muqueuse de cette région est décolorée; elle est d'un jaune pâle et paraît désséchée. La voix est nasonnée ; il y a paralysie du voile du palais ; les aliments, surtout les liquides, reviennent par les fosses nasales. Le malade est considérablement amaigri, il digère mal et est pris fréquemment d'accès de suffocation pendant le sommeil.

Les téguments présentent la teinte jaune-paille caractéristique. Le malade n'accuse qu'un sentiment de gêne excessif. La plupart des ganglions du cou sont pris. Traitement palliatif. On soutient autant que possible le malade par le vin de quinquina, le bordeaux et les potions alcoolisées.

Le malade quitte le service, sur sa demande, le 14 novembre.

Obs. CCCLXI. — *Epithélioma de l'œsophage. Dégénérescence ganglionnaire. Trachéotomie. Mort.* — (Observation recueillie par M. Ziembicki, interne du service, qui a présenté à la Société anatomique les pièces provenant de l'autopsie de ce malade.) Cet homme a été très-bien portant jusqu'en automne 1874. A cette époque il éprouva des accès de toux nocturnes, très-rebelles, auxquels sont venus se joindre bientôt quelques phénomènes de dysphagie. Peu à peu survint de la dyspnée ; la toux devint incessante, et le malade vit se développer au côté gauche du cou une tuméfaction dure et bosselée. Des douleurs lancinantes se firent sentir dans l'épaule correspondante, et l'état général ne tarda pas à s'altérer.

Ne pouvant plus ni manger ni respirer, notre homme se décide à entrer à l'hôpital le 27 février. Mais sa situation est fort grave. Il éprouve des accès de suffocation aussitôt qu'on essaye de l'examiner, et même en dehors de ces crises provoquées la respiration est constamment anxieuse, bruyante, accompagnée de cornage et de quintes de toux.

L'auscultation ne revèle que de la bronchophonie.

Les plus fines olives ne peuvent franchir la première portion de l'œsophage, lequel paraît non-seulement retréci, mais surtout dévié de sa position normale ; en effet les aliments liquides passent facilement. Du reste, jamais de vomissements, ni de régurgitations.

L'épaule gauche, siége de douleurs paroxystiques, n'offre ni hyperesthésie, ni atrophie musculaire.

La pupille du même côté est fortement contractée. Pas de différence du pouls dans les radiales.

Quant à la tumeur, qui semble être la cause déterminante des accidents, elle est immobile, manifestement ganglionnaire, et elle occupe les régions sterno-mastoïdienne, sus-claviculaire gauche et sterno-mastoïdienne droite.

En présence de ces symptômes, de leur enchaînement, des progrès de la dénutrition, on pose le diagnostic suivant :

Tumeur organique de l'œsophage. Dégénérescence secondaire des ganglions et compression consécutive des organes du cou.

Naturellement le malade était absolument condamné, mais encore fallait-il tenter de prolonger sa vie et d'empêcher une asphyxie imminente. Le moment ne se fit pas attendre, et le 3 mars, au soir, la trachéotomie fut décidée à l'unanimité. L'opération, faite le soir par l'interne de garde, débuta parfaitement, mais lorsqu'on eut ouvert la trachée, le chirurgien et les assistants furent surpris de ne point entendre l'air sortir avec son bruit caractéristique. Le dilatateur fut introduit à l'instant, et presque aussitôt l'individu succombait asphyxié.

La pensée nous vint que le sang avait pénétré dans les bronches, mais une aspiration buccale, faite immédiatement avec une longue canule, n'eut aucun effet ; seulement on remarqua que l'introduction de cette canule avait été très-pénible.

Portant alors le doigt dans la trachée, nous vîmes qu'elle était obstruée par une tumeur, qui avait dû jouer un rôle fatal dans l'issue de l'opération.

L'autopsie, du reste, est fort explicite. Il s'agissait bien d'un ulcère cancéreux de la partie moyenne de l'œsophage et l'engorgement ganglionnaire consécutif comprimait et refoulait ce conduit ainsi que la trachée ; de telle sorte que cette dernière devait se présenter au bistouri par sa face latérale droite, devenue antérieure.

Or, un prolongement de la masse ganglionnaire dégénérée avait pénétré jusque dans l'intérieur du conduit aérien, et, placé de champ, il obstruait d'avant en arrière la portion droite de son calibre, sur une longueur de 5 centimètres à partir du cartilage cricoïde.

Il en résultait qu'à ce niveau l'air ne passait plus qu'à travers un tuyau retréci de moitié.

L'incision tomba sur cette masse *intra-trachéale*, et tous les

efforts qu'on fit, soit pour introduire le dilatateur, soit pour placer la canule, ne pouvaient avoir d'autre effet que de refouler cette masse vers la partie gauche encore perméable à l'air de la trachée, et par conséquent de supprimer d'emblée l'hématose.

C'est ainsi que se trouve expliquée la mort subite pendant l'opération.

Il est facile de comprendre qu'on ne pouvait prévoir rien de pareil, et nous avons déjà montré comment le fait de l'*incision latérale* n'était pas imputable au *chirurgien* mais bien au *rapport anormal* dans lequel était immobilisé le conduit aérien. — Nous insistons sur ce point, car si le hasard ou une heureuse dérogation à la règle opératoire avait permis d'ouvrir la trachée 1 millimètre plus à gauche, on serait tombé dans la partie encore libre de son canal, et le malade n'aurait pas péri sous le couteau. (Ces considérations sont dues comme l'observation à M. Ziembicki.)

§ II

PORTION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE

A. — Hernies.

Onze observations. — Sur lesquelles sept hernies inguinales, trois hernies crurales et une seule hernie ombilicale.

Tous les malades affectés de hernie inguinale sont entrés pour des accidents d'étranglement, sauf un seul. Ce dernier portait de chaque côté une hernie inguinale volumineuse (bubonocèle). Il désirait simplement obtenir un bandage contentif approprié et quitta le service au bout de vingt-quatre heures. Chez quatre autres malades, la réduction de la hernie fut faite par le taxis, et les accidents disparurent presque aussitôt.

Une femme de soixante-dix ans, chez laquelle une hernie inguinale droite était étranglée depuis quarante-huit heures, présenta, malgré le taxis, des accidents de péritonite herniaire.

Ils disparurent aisément à la suite de purgatifs et d'applications de glace sur l'abdomen. (Obs. CCCLXIII.)

Dans un seul cas la kélotomie fut nécessaire. (Obs. CCCLXVII.) L'étranglement remontait à quatre jours; le sujet était un homme vigoureux de quarante-quatre ans. Aussitôt après l'opération on vit survenir un emphysème sous-cutané considérable du scrotum et de la verge. La mort arriva peu de temps après.

Les trois hernies crurales ont été observées chez des femmes. Dans un cas (obs. CCCLXIX) les accidents d'étranglement persistèrent après la réduction, et l'on put craindre un instant que la hernie n'eût été réduite en masse. Néanmoins ces phénomènes disparurent au bout de quelque temps.

Une autre hernie crurale nécessita la kélotomie; l'opération présenta une particularité intéressante : en avant du sac herniaire on trouva un kyste séreux développé dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le sac ne put être aperçu qu'après la ponction du kyste et l'évacuation de son contenu. Le débridement fut fait sans difficulté, et la malade guérit. (Obs. CCCLXXX.)

Enfin, chez une femme de cinquante-huit ans, on fut obligé de faire un anus contre nature. L'intestin présentait plusieurs points sphacélés, bien que l'étranglement ne datât que de quarante-huit heures. La malade mourut le lendemain.

La seule hernie ombilicale, dont l'observation se trouve consignée ici, fut également opérée. La malade mourut d'érysipèle au bout de huit jours.

Obs. CCCLXII. — *Hernies inguinales des deux côtés.* — Pasquet (Auguste), tapissier, cinquante-quatre ans, entré le 12 février 1875.

Depuis six mois, bubonocèle des deux côtés. Entré uniquement pour avoir un bandage. Sort le 17 février.

Obs. CCCLXIII. — *Hernie inguinale droite. Péritonite herniaire. Guérison.* — Pradier (Marie), soixante-dix ans, couturière, entre le 14 avril 1875.

Porte depuis dix-huit mois une hernie inguinale droite. Les accidents qui l'obligent d'entrer à l'hopital ont débuté il y a deux jours.

Sur le trajet du canal inguinal droit existe une tumeur dure constituée par une entéro-épiplocèle du volume d'un œuf de poule. Peau chaude,

amincie, rouge ; vomissements bilieux. Coliques vives. Les tentatives de réduction ont échoué en ville et à l'hôpital. Ballonnement du ventre. Absence de garderobes. Peau sèche, chaude. Extrémités un peu froides.

P = 100 TA. 37 — Application de glace sur la hernie. Bains. Cataplasmes sur le ventre. Purgatif suivi de débâcle. Les accidents persistant, nouveau purgatif deux jours plus tard. Cataplasmes, bains, la hernie devient réductible. Guérison au bout de douze jours.

Obs. CCCLXIV. — *Hernie inguinale gauche. Accidents d'étranglement. Taxis. Guérison.*— Deliqua (Eugène), vingt et un ans, mécanicien, entré le 19 février 1875. Sa hernie est survenue à la suite d'un effort, il y a six ans.

Il entre pour des accidents d'étranglement herniaire qui remontent à vingt-quatre heures et qui sont apparus presque subitement. Le malade portait un bandage habituellement, mais depuis quelque temps il l'aurait abandonné. Prostration. Coliques, nausées, puis plusieurs vomissements, bilieux d'abord, ensuite fécaloïdes. Bains.

La réduction de cette hernie se fait aisément en plaçant le malade la tête en bas sur un plan incliné pendant qu'on pratique le taxis, et les accidents disparaissent rapidement. Glace sur l'abdomen. Guérison au bout de trois jours.

Obs. CCCLXV. — *Hernie inguinale droite. Accidents d'étranglement. Purgatif. Guérison.* — Potier (Alexis), chauffeur, cinquante-cinq ans, entré le 11 septembre 1874. Cet homme a, depuis quinze ans, une hernie inguinale droite, pour laquelle il a toujours porté un bandage.

Depuis cinq jours, il souffrait de coliques assez vives ; il était fortement constipé. Un médecin a prescrit plusieurs purgatifs qui ont produit de nombreuses garderobes. Hier, ce malade a été tout à coup pris de vomissements bilieux répétés, avec coliques atroces dont le point de départ était une entéro-épiplocèle inguinale. Cette hernie était dure, tendue, irréductible, douloureuse au toucher. On l'a fait immédiatement transporter à l'hôpital.

Cataplasmes sur le ventre. Le lendemain, lors de la visite, il se trouve bien mieux. Les vomissements ont cessé, la douleur est moins intense; elle a son maximum au niveau de l'anneau inguinal. Ni les matières solides, ni même les gaz ne peuvent sortir par l'anus. Nouveau purgatif.

12 septembre. — La peau est chaude. P = 85.

Souffre moins du ventre depuis qu'il a été à la selle ce matin. A toujours soif. Il a mangé ce matin de bon appétit un potage. N'a pas dormi. Hernie toujours irréductible.

13. Va assez bien ; plus de coliques; est allé plusieurs fois à la selle; la hernie est encore un peu douloureuse. On parvient à la réduire par le taxis. A mangé de bon appétit.

16. Continue d'aller de mieux en mieux.

19. Part pour Vincennes avec sa hernie réduite et maintenue par un bon bandage.

Obs. CCCLXVI. — *Hernie inguinale droite étranglée. Réduction par le taxis après trente-six heures d'étranglement. Guérison des accidents.* — Ballendorf (Théodore), vingt-deux ans, cordonnier, entré le 28 octobre 1874 pour une hernie inguinale droite dont l'étranglement remonterait à trente-six heures. Cette hernie a débuté au mois de septembre 1853. Il la maintenait réduite au moyen d'un bandage. Il y a trois jours il sortit sans bandage, et après quelques heures de marche la hernie se montra tout à coup, se prolongea jusque dans le scrotum et occasionna des douleurs assez vives pour obliger le malade à rentrer chez lui et à se mettre au lit.

Les douleurs s'accentuèrent, les coliques devinrent intolérables, et des vomissements de mucosités et de matières bilieuses apparurent. Le malade dit avoir vomi quarante-deux fois. Il était très-altéré et buvait de la tisane de houblon froide, mais à peine l'avait-il avalée qu'il la vomissait et rendait en outre des matières porracées. La constipation était absolue. Le malade est resté dans cet état pendant trente-six heures et s'est fait ensuite transporter à l'hôpital. Au moment de son entrée, on trouve une hernie du volume d'un œuf de poule, dure, tendue, douloureuse à la pression.

Tentative de taxis; comme on sent que des gaz fuient sous la main, on espère que la réduction sera possible. Afin de la faciliter on prescrit un bain et, après plusieurs tentatives de taxis, le malade étant placé la tête en bas sur un plan incliné, on arrive à la réduction.

Immédiatement, les douleurs diminuent d'intensité et le malade éprouve un bien-être manifeste.

29 octobre. — Depuis hier, ni vomissements ni coliques.

Langue chargée et blanchâtre, un peu rouge à la pointe. Soif bien moins vive. A pris un potage hier et ne l'a pas vomi. P = 84. On purge légèrement le malade avec de l'huile de ricin.

31. Va aussi bien que possible ; aucun accident nouveau. Appétit revenu. Selles régulières.

Reste dans le service pour avoir un bandage, qui lui est apporté le 18 novembre.

21 novembre. — Depuis deux jours se sert de son bandage, qu'il est forcé d'enlever de temps à autre, jusqu'à ce que l'habitude ait rendu la pression supportable. Comme il ne peut pás encore travailler, on l'envoie à Vincennes.

Obs. CCCLXVII. — *Hernie inguinale gauche. Taxis. Réduction.* — Dumas (Victor), soixante ans, amené le 9 août 1875. Était entré depuis quelque temps dans le service de M. Hillairet pour un eczéma. Cet homme avait depuis quarante ans une hernie inguinale gauche qui ne le gênait nullement et n'avait jamais occasionné d'accidents. Le 8 août, sans cause connue, le malade fut pris de vomissements bilieux répétés et de fièvre; la hernie n'était pas rentrée depuis le matin. Elle était dure, tendue, très-douloureuse, contenait de l'intestin et de l'épiploon. La tumeur avait le volume d'un œuf de dinde. Elle se prolongeait jusque dans le scrotum du côté correspondant. Il fut transporté dans la salle Saint-Augustin et, après une tentative de taxis qui dura dix minutes à peu près, la hernie fut réduite.

Obs. CCCLXVIII. — *Hernie inguinale droite étranglée. Kélotomie. Emphysème sous-cutané du scrotum et de la verge. Mort.* — Gaudy, employé des pompes funèbres, quarante-quatre ans, entré le 12 février 1874.

Au moment de son entrée, les téguments de la face présentent une teinte subictérique très-nette.

Il y a environ quinze ans, il sentit, au niveau de l'aine droite, une petite tumeur du volume d'une noisette, apparue à la suite d'efforts prolongés pour porter un lourd fardeau. Il ne fit rien pour la faire disparaître, et elle augmenta graduellement jusqu'à devenir grosse comme un marron. C'est alors qu'il mit un bandage. Cet état persista pendant treize ans.

Il y a quinze mois, cette hernie ressortit et glissa par dessous le bandage, qui était peu serré. Il ressentit alors des coliques violentes, eut des vomissements, et garda le lit pendant quatre jours. La hernie, qui était tout d'abord douloureuse et très-dure, se ramollit, diminua de volume et rentra facilement.

Il y a trois jours, ce malade sentit tout à coup la hernie passer par dessous le bandage. Il fut pris aussitôt de coliques très-fortes, de vomissements ; la rétention des matières fécales survint en même temps. Il resta deux jours chez lui, mais, comme son état s'aggravait, il se décida à entrer à l'hôpital. A son entrée on constate que la hernie siége au niveau de l'aine droite, et suit la direction du canal inguinal; elle est située au-dessus de l'épine du pubis et s'étend vers le scrotum sans y pénétrer. On essaye en vain de faire rentrer la tumeur en s'aidant des cataplasmes, des bains, du chloroforme et en mettant le malade dans une position déclive. C'est alors que l'opération est résolue et acceptée par le malade, qui n'a pas pris de nourriture depuis quatre jours.

Les téguments sont incisés transversalement. Le sac herniaire apparaît, au niveau de l'anneau inguinal. Il semble que ce soit une hernie directe. L'épiploon compris dans la partie étranglée paraît contus; il est noirâtre et entoure complétement l'anse intestinale étranglée et tordue sur

elle-même; on incise le sac, qui contient une petite quantité de sang. L'orifice est dilaté; l'intestin rentre facilement, et l'épiploon est ensuite réduit.

14 février. Une heure après l'opération, le malade est allé abondamment à la garderobe. Il paraît très-abattu; la peau est sèche. P = 120 mou, dépressible. Boissons stimulantes, lait, bouillon à petites doses.

16. Quelques heures de repos dans la nuit d'hier. Ce matin, il souffre beaucoup dans le scrotum, qui est excessivement tuméfié, et du volume d'une tête de fœtus. L'œdème s'est étendu à la verge. La peau est tendue, lisse, douloureuse et présente une coloration assez foncée par places. On constate la présence de gaz dans la plaie. On pratique le débridement en prolongeant la plaie du scrotum sur lequel on fait quelques mouchetures.

La langue est chargée et blanche. P=120. L'appétit est nul et le malade ne peut dormir.

17. Le malade a succombé dans la nuit.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. CCCLXIX. — *Hernie crurale gauche étranglée. Taxis. Réduction incomplète. Persistance des accidents pendant deux jours. Guérison.* — (Catherine), cinquante et un ans, journalière, entre le 22 mai 1874.

Elle a depuis vingt-huit ans une hernie crurale consécutive, dit-elle, aux efforts qu'elle a faits pour faciliter un accouchement très-laborieux. Pendant longtemps elle n'a point porté de bandage; il y a un an et demi seulement qu'on en a appliqué un, mais, comme ce bandage était très-étroit, la hernie glissait facilement au-dessous.

Hier, vers huit heures du soir, à la suite d'un effort, la hernie a augmenté brusquement de volume et la malade a été en même temps prise de vives douleurs dans l'aine. Elle a des vomissements accompagnés de fortes coliques; les douleurs s'irradient vers la région lombaire. Au début, elle a presque perdu connaissance. Un médecin a en partie réduit la hernie, en ville, mais voyant que les accidents persistaient, il a fait porter la malade à Saint-Louis. A son entrée, nous trouvons une hernie crurale étranglée du volume d'une pomme d'api siégeant du côté gauche.

Soif vive. Elle souffre beaucoup du ventre, les vomissements sont venus fécaloïdes. P=120. Le taxis restant sans effet nous prescrivons un bain et de la glace sur le ventre.

24 mai. — Les vomissements continuent, mais ils sont moins fréquents. La hernie est moins douloureuse et les coliques ont un peu diminué. La fièvre est moindre. P=104.

25. La malade n'a rendu hier que de la bile; elle n'a pas vomi depuis hier après-midi. P = 85. La hernie est réduite par le taxis le lendemain, tous les accidents disparaissent.

27. A pu prendre des bouillons et manger un œuf sans vomir.

3 juin. La malade va bien; les douleurs du ventre ont complétement cessé; la digestion se fait bien.

5 juin. Elle sort munie d'un bon bandage.

Obs. CCCLXX. — *Hernie crurale étranglée depuis soixante heures (kyste situé en avant du sac herniaire). Kélotomie. Guérison.* — Piat (Marie), soixante et onze ans, sans profession, entre le 28 avril 1875. Cette malade porte du côté gauche, depuis l'âge de vingt ans, une hernie crurale. Jamais cette hernie n'a été contenue par un bandage; jamais elle n'a produit aucun accident.

Depuis le 25 avril au matin la malade n'a pas eu de selles. Les vomissements ont commencé le même jour à dix heures du soir; en même temps sont apparues des douleurs, ayant leur maximum d'intensité au niveau de la hernie crurale. Plusieurs tentatives de taxis ont été faites en ville sans résultat. Cette malade entre à l'hôpital le 28 avril à huit heures du matin.

Les vomissements sont devenus fécaloïdes; la respiration est un peu accélérée; pouls petit; face grippée.

Au devant de l'anneau crural on rencontre une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, rénitente, manifestement fluctuante, très-douloureuse au toucher. Bains, glace au devant de la hernie.

A dix heures du matin une nouvelle tentative de taxis est faite sans plus de succès, la malade étant placée la tête en bas. On reconnaît que l'obstacle à la réduction est dû en pertie à la présence d'un kyste situé en avant du sac herniaire. Il s'agit dès lors d'ouvrir le kyste et d'enlever l'obstacle à la réduction. Dans ce but, on pratique une incision elliptique, à concavité supérieure. La peau et le tissu cellulaire sont sectionnés couche par couche, et on arrive sur le kyste.

On l'incise; il s'en écoule une quantité de sérosité, qui peut être évaluée à 60 grammes environ; on ne trouve pas d'intestin dans ce sac. (Il s'agit en effet d'un kyste développé dans le tissu cellulaire, en dehors et en avant du sac herniaire.)

Au-dessous de ce kyste, on rencontre un second sac d'apparence rougeâtre que l'on incise, et duquel il ne s'écoule aucun liquide. Dans son intérieur, on trouve une anse intestinale complète, longue de 5 à 6 centimètres, sans épiploon, et tordue sur elle-même.

Cette anse est gonflée, noirâtre, et présente quelques ecchymoses, qui paraissent dues aux tentatives répétées de taxis. On attire l'intestin étranglé au niveau du collet; il n'est pas ulcéré.

On débride notamment sur le bord externe du ligament de Gimbernat, et l'intestin rentre facilement.

Une fois la réduction de l'anse obtenue, on pénètre dans un canal de

3 à 4 centimètres de longueur, qui semble formé par les parois du canal crural, et qui paraît également avoir augmenté la constriction.

La plaie est suturée avec des fils métalliques dans sa partie externe ; elle reste ouverte dans sa partie interne. On y place une mèche de charpie et un petit tube à drainage ; le tout est maintenu par un bandage approprié.

28 avril soir. Les vomissements fécaloïdes ont cessé ; un lavement purgatif a déterminé une selle. Cependant la malade a encore le faciès rouge et animé.

29 matin. Selles dans la journée ; la malade peut prendre quelques aliments froids. On enlève les sutures faites à la plaie, à cause d'un léger engorgement phlegmoneux qui s'est manifesté au pourtour.

Glace sur le ventre ; cataplasmes sur la plaie ; aliments froids.

TA { matin 37°6
soir 38°

30. L'engorgement phlegmoneux a augmenté ; la rougeur s'étend au côté externe, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure.

T { matin 37°6
soir 38°4

1er mai. — État général assez bon ; la plaie suppure beaucoup.

T { matin 38°8
soir 38°6

2. Il s'est formé une fusée purulente du côté externe, ce qui oblige à pratiquer une contre-ouverture en ce point, et à passer un drain par le côté externe de la plaie. La suppuration est abondante. La malade a très-bon appétit.

T { matin 37°2
soir 37°4

3. Amélioration très-sensible. Selles ; le ventre n'est plus douloureux. La suppuration diminue. T. 36°,8.

8. On retire le drain ; plus de suppuration de ce côté ; la cicatrisation se fait régulièrement et rapidement. La malade sort le 17 mai complétement guérie.

Obs. CCCLXXI. — *Hernie crurale droite étranglée depuis quarante-huit heures. Point de sphacèle. Création d'un anus artificiel (opération faite par M. Ledentu). Mort. Autopsie.* — Misy (Madeleine), cinquante-cinq ans, dévideuse, entre le 21 avril 1875. A du côté droit une hernie crurale,

dont elle fait remonter l'origine à trois ans. Jamais cette hernie, qui avait habituellement le volume d'une petite noix, n'a été contenue par un bandage.

Après une course de trois heures, le 18 avril dernier, la malade a ressenti une vive douleur dans l'aine droite, cependant aucun phénomène alarmant ne s'est manifesté avant le 19 avril au soir. A ce moment, sans qu'elle se soit aperçue que sa tumeur augmentât de volume, sans que celle-ci soit devenue plus douloureuse, la malade a été prise de vomissements alimentaires d'abord, puis bientôt porracés. La douleur ne s'est manifestée que quelques heures plus tard; elle avait son maximum d'intensité au niveau de l'anneau crural, et s'irradiait dans tout l'abdomen.

Le 20, un médecin de la ville constate que la hernie est étranglée, et fait successivement trois tentatives infructueuses de taxis. Un purgatif administré a été vomi peu de temps après, et n'a déterminé aucune selle. Pendant la journée du 20, la malade a eu des vomissements de couleur verdâtre, sans selles.

Cette malade, habituellement constipée, n'allait à la garderobe que tous les deux ou trois jours; elle fait remonter sa dernière garderobe à huit jours. Elle est amenée à l'hôpital le 21 avril à cinq heures du soir. Le faciès est assez bon; pas de cyanose; les yeux sont légèrement excavés; la langue sèche; pas de refroidissement des extrémités. P = 60, petit, dépressible, intermittent. TA. 37°,8, R = 32. Intermittences dans les battements cardiaques; rien au poumon. Vomissements bilieux, non fécaloïdes. Le ventre est ballonné, douloureux. Dans l'aine droite existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, située au-dessous du ligament de Fallope, parallèle au pli de l'aine, remontant assez loin en dehors. Elle est légèrement rougeâtre, dure, douloureuse.

Le taxis est tenté sans résultat.

Bain de trois quarts d'heure; application de glace sur la tumeur. A neuf heures du soir, M. le docteur Ledentu fait une nouvelle tentative de taxis, et voyant qu'elle est inutile, il procède immédiatement au débridement. La malade, à cause de l'état du cœur, n'a pas été endormie.

La peau est incisée couche par couche parallèlement à la gaîne des vaisseaux fémoraux, sur une longueur de 8 centimètres environ, et l'on arrive jusque sur le sac, qui est bosselé, tendu, violacé.

L'incision du sac est faite sur la sonde cannelée, et il s'écoule une assez grande quantité de liquide couleur café au lait, qui répand une odeur fortement fécaloïde. Ce liquide enlevé, on remarque dans le sac quelques appendices graisseux, et une anse intestinale très-petite, incomplète, fortement serrée à l'entrée du canal crural.

Cette anse présente une couleur noirâtre; elle est sphacélée. En un point gros comme une tête d'épingle, la sonde pénètre dans l'intes-

tin. En présence de cette perforation, M. Ledentu n'hésite pas à agrandir le pertuis et a créer un anus contre nature.

Une anse de fil est passée dans un petit lobule graisseux attenant à l'intestin et fixée à l'abdomen à l'aide de collodion.

Une sonde n° 22 est introduite dans l'intestin, mais ne peut franchir le collet du sac. Deux débridements sont faits en arrière à l'aide du bistouri boutonné, et permettent d'enfoncer la sonde à 8 ou 10 centimètres dans le bout supérieur de l'intestin. Elle est fixée à l'aide d'un fil à la paroi abdominale.

Le chirurgien suture l'anse intestinale à la paroi abdominale au-dessus et au-dessous, afin de prévenir l'issue des matières dans la cavité péritonéale.

Prescription : rhum, 60 gram.; acétate d'ammoniaque, 4 gram. Frictions chaudes sur les membres inférieurs.

21 avril, neuf heures du soir. — P=52, petit, intermittent, difficile à trouver. T. 37° 1. R=30.

La malade continue à vomir; il ne s'écoule aucun liquide par la sonde.

22, matin. — P. = 56. — T. 36°0. R. = 28.

Douleurs moins vives, cependant toujours des coliques. Vomissements fécaloïdes. Langue sèche. Pouls plus régulier, plus ample. Les liquides qui s'écoulent par la sonde mouillent à peine les linges. La plaie a bon aspect.

22, soir. — P. = 64. T. 36°8. R. = 24.

Vomissements fécaloïdes. Tous les aliments sont rejetés. Crampes dans les mains et dans les mollets. Langue jaunâtre, de la couleur des matières vomies.

La plaie est sèche ; il ne s'écoule par la sonde que des quantités insignifiantes de liquides. Pas de selles.

23, matin. — P. = 64. T. 36°4. R. = 24.

Même état. Vomissements. Pas de selles ; il ne s'écoule rien ni par la plaie, ni par la sonde.

Soir. — Il s'est écoulé par la sonde une assez grande quantité de matières jaunâtres. La malade a pris quelques lavements de bouillon. A bu un peu de vin et de rhum.

Les vomissements moins fréquents sont alimentaires et n'ont pas l'odeur fécaloïde. Les coliques sont moins vives ; la voix plus forte.

Suppositoire au chloral. Lavements de bouillon : boissons glacées.

24, matin. — P. = 64. T. 37°6.

Les vomissements sont redevenus fécaloïdes. Coliques vives. Écoulement abondant de matières fécales par la sonde et par la plaie.

24, soir. — Les vomissements fécaloïdes ont cessé. P. = 64. T. 37°4.

25, matin. P. = 66. T. 35°2.

La malade rend toujours des matières fécales en grande quantité par la plaie. La face est vultueuse, la langue sèche, fendillée. Pouls lent, très-difficile à saisir.

Les vomissements sont continuels. Refroidissement des extrémités.

25, soir. — T. 37°4.

26, matin. — Il n'est plus possible de compter, ni [même de sentir le pouls dans les radiales. Refroidissement considérable des membres. Yeux excavés. Faciès rouge. Pas de hoquet, parole entrecoupée.

26, soir. — T. 36°.

27, matin. — T. 35°1. Algidité croissante; le ventre n'est plus ballonné. Vomissements fécaloïdes. Faciès congestionné; pas de cyanose. Pouls imperceptible; hoquet.

27, soir. — T. 36°8.

28, matin. — T. 37°2. Même état. Yeux caves. Les matières continuent à s'écouler en grande abondance par le tube et surtout par la plaie. Pas de selles depuis le débridement.

L'aspect de la plaie est très-beau, sans traces d'empâtement phlegmoneux.

28, soir. — T. 37°2.

La malade succombe le 29 avril à six heures du matin.

Autopsie faite trente-quatre heures après la mort. Pas de pus ni dans la plaie, ni dans le tissu cellulaire voisin. L'intestin, attiré au dehors à l'aide d'un fil qui le fixe à la paroi abdominale, ne résiste nullement, ce qui montre qu'il ne s'est formé aucune adhérence avec les parois du sac.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on remarque que la partie de l'intestin grêle située au-dessus de l'étranglement est distendue, rouge, violacée, remplie de liquide. Le bout inférieur, au contraire, est revenu sur lui-même et de coloration moins foncée.

La couleur du péritoine est normale, excepté au pourtour de l'anneau crural où il est injecté, sans présenter aucune adhérence avec la paroi intestinale. Au même niveau, on trouve environ 60 à 80 grammes de pus crémeux, libre dans la cavité péritonéale, mais collecté autour de l'anneau. Maintenu par les anses intestinales fortement distendues, il a de la tendance à fuser le long de l'intestin. Pas de matières fécales dans le péritoine.

Quand on attire l'intestin en dedans, on l'y amène facilement, et on constate que la sonde est bien dans le bout supérieur. La ligne de section par laquelle la perforation a été agrandie est perpendiculaire à l'axe de l'intestin et le comprend dans toute sa circonférence, excepté dans le point où il adhère au mésentère. De sorte que les deux bouts sont littéralement accolés, comme deux canons de fusil, sans éperon intermédiaire. Le mésentère correspondant est brunâtre, épaissi, gorgé de sang.

L'intestin, ouvert par son bord libre, montre que la muqueuse est tuméfiée, rouge, se laissant facilement déchirer avec des pinces. Pas d'ulcérations. Cependant au niveau de l'ouverture artificielle, pratiquée à l'intestin, en un point qui correspond probablement à la perforation, on remarque que toutes les tuniques de l'intestin sont sphacélées dans l'étendue de 1 centimètre carré environ, ce qui donne à la circonférence du bout supérieur un aspect déchiqueté. Rien de notable dans les autres organes, sinon un peu de congestion pulmonaire aux deux bases.

Obs. CCCLXXII. — *Hernie ombilicale étranglée.— Kélotomie.— Érysipèle. — Mort le 8e jour.* Lefèvre (Françoise), soixante ans, robuste et bien constituée, entre le 25 février 1874 pour une hernie ombilicale étranglée. La hernie, apparue il y a cinq ans, provoquait constamment une sorte de tiraillement dans l'abdomen.

Trois mois après le début, la malade eut des douleurs intestinales et des vomissements qui cessèrent spontanément au bout de quelques jours. Cette hernie, dit la malade, sortait et rentrait seule sans accident. Plusieurs fois, elle a provoqué des douleurs avec coliques et vomissements, mais tous ces symptômes disparaissaient d'eux-mêmes.

20 février. Quatre jours avant son entrée, elle ressent un malaise inaccoutumé, vomissements et frissons, sans cause connue.

21. Même état, la malade ne peut faire rentrer la hernie.

22 et 23. Les vomissements augmentent, pas d'appétit, plusieurs frissons dans le jour, surtout le soir ; soif ardente. 12 sangsues à l'ombilic.

24. La malade est amenée à l'hôpital ; on avait pratiqué le taxis sans résultat. A ce moment, elle présente les phénomènes suivants :

Vomissements bilieux et fécaloïdes, pouls fréquent, peau sèche et chaude.

Au niveau de l'ombilic existe une tumeur volumineuse, formée par une masse diffuse, enflammée. L'inflammation s'étend à toute la paroi abdominale. La consistance de la tumeur annonce la présence d'une grande portion d'épiploon au milieu duquel il est impossible de distinguer l'intestin ; pas de sensations d'emphysème annonçant une perforation de l'intestin. La cicatrice ombilicale est au-dessous de la tumeur et comme repoussée par elle. Le taxis, fait avec une grande prudence, ne permet pas de réduire. L'opération seule offre quelques chances de succés. Malgré les dangers qu'elle présente, elle est pratiquée à dix heures du soir, le jour même de son entrée.

Incision verticale de la peau s'arrêtant à la hauteur de l'ombilic. Au-déssous et en haut, on trouve une couche graisseuse normale, très-épaisse ; plus bas, en suivant l'incision, la peau est amincie de même que la couche graisseuse adossée au sac herniaire. Le sac est très-distendu ; il est mince et transparent.

A l'angle inférieur de la plaie, on voit l'épiploon à travers le sac, qui est ouvert là où il était le plus transparent. La plus grande partie de l'épiploon a gardé ses caractères normaux, excepté à la partie supérieure où il est sphacélé. Dans le milieu de ce paquet épiploïque, on trouve une anse intestinale sortie complétement par la partie supérieure de l'anneau ombilical. Sa couleur est violacée, mais elle ne présente pas de traces de gangrène.

Le doigt, introduit dans l'anneau, montre que celui-ci est très-étroit. La pression qu'il exerce à ce niveau suffit à le dilater assez pour permettre la réduction de l'intestin hernié ; mais comme il existait un peu de pus à la surface de l'anse, on la nettoie avec précaution. La partie sphacélée de l'épiploon a été laissée au dehors.

Le ventre est suturé de la manière suivante : Une longue épingle est passée très-profondément au-dessous de la couche musculaire, le plus près possible de l'orifice intrapéritonéal, puis au-dessus une autre épingle moins forte, de manière à éviter autant que possible la pénétration des liquides dans l'abdomen. La partie d'épiploon gangrenée est laissée au dehors de la suture.

25. Pas de frissons, pas de vomissements. La malade a pu prendre un peu de bouillon : pas de garderobes. Glace.

27. Pas de selles. P.=96. 15 gr. d'huile de ricin sont administrés sans résultat. On répète la dose.

28. Premières selles. Sulf. quin. 0,50. Rhum.

1er mars. — La malade a pu manger, mais elle a vomi le soir. P. = 108. Pas de selles.

2. On enlève une partie de l'épiploon sphacélé. Perchlorure de fer sur la plaie. P.=100. Calomel 0gr,02 en 6 paquets.

4. Face grippée. P.=100. On ôte les épingles. Selles abondantes. Érysipèle ayant pris naissance autour de la plaie. Le lendemain l'érysipèle quitte la paroi abdominale et reparaît sur la jambe gauche.

Compresses d'éther et de térébenthine. La jambe droite est envahie en même temps. Selles diarrhéiques. P.=144.

6. Délire hier. Marasme. Le matin, à la visite, extrémités froides. Coma. Pouls insaisissable. Mort.

Autopsie. L'anse d'intestin avait presque sa couleur normale. Il y avait à l'anneau un bouchon formé par l'épioloon. Au dehors il était sphacélé, mais à partir de l'orifice interne, il était normal. Pas de péritonite.

B. — Maladies du rectum et de l'anus.

Les maladies du rectum et de l'anus sont au nombre de trente-trois, dont :

Rétrécissements du rectum	4
Cancers et cancroïdes	4
Hémorrhoïdes	6
Abcès de la marge de l'anus	5
Condylomes	1
Fistules	13

Un des retrécissements portait sur la portion ano-prostatique du rectum ; il était accompagné de deux fistules anales complètes. Celles-ci étaient apparues vingt mois à peu près avant l'entrée du malade dans nos salles, à la suite d'abcès de la marge de l'anus. On pratiqua le débridement des fistules et on excisa la paroi postérieure du rectum de manière à détruire le retrécissement ; le tout fut fait avec une anse galvano-caustique. (Obs. CCCLXXIV.)

Deux autres retrécissements accompagnés d'hémorrhoïdes, et de nature imflammatoire, disparurent sous l'influence du même traitement.

Enfin, chez une femme syphilitique on pratiqua, pour une affection de même nature, une incision peu profonde sur le bord du sphincter externe, puis on fit la dilatation forcée avec l'instrument de Nélaton. Les trois malades guérirent.

Deux malades, atteints de cancer du rectum, arrivèrent dans le service à une période trop avancée de la maladie pour qu'on pût songer à une opération. Le premier était âgé de soixante-dix-sept ans et profondément cachectique ; le cancer avait débuté deux mois auparavant au voisinage de l'anus, puis s'était propagé, avec une rapidité presque foudroyante, à la racine de la verge et à tout le scrotum. Le second malade était un homme de quarante-sept ans, assez vigoureux, qui eût été opérable si la tumeur ne se fût pas propagée très-loin dans le rectum, la prostate, et probablement la fosse ischio-rectale. (Obs. CCCLXXXII.)

Une femme de cinquante-quatre ans, dont toute la cloison recto-vaginale était envahie, fut opérée avec l'écraseur linéaire de Chassaignac; elle guérit assez vite, et au moment de sa sortie, le cloaque formé par suite de la destruction de la cloison était notablement retréci. (Obs. CCCLXXVIII.) Chez une autre le résultat fut moins satisfaisant; la malade, dont la tumeur était moins volumineuse que celle de la première, mourut par infection purulente. (Obs. CCCLXXIX.)

La troisième tumeur enlevée (un épithélioma pavimenteux lobulé) s'était développée sur le bord de l'anus, et n'occupait que l'extrémité inférieure du rectum; l'opération fut faite avec l'écraseur, et le malade guérit sans difficulté. (Obs. CCCLXXX.)

Six malades sont entrés pour des hémorrhoïdes externes procidentes. Chez quatre d'entre eux, le repos et les bains froids ont suffi pour faire disparaître les accidents qui les obligeaient d'entrer à l'hôpital. Deux tumeurs hémorrhoïdales durent être enlevées; l'une et l'autre le furent avec l'écraseur.

Parmi les cinq malades soignés pour des abcès de la marge de l'anus, deux avaient en même temps des symptômes non douteux de tuberculose pulmonaire. Un d'eux mourut d'infection purulente à la suite de l'ouverture de l'abcès.

Les douze fistules (sept complètes, cinq borgnes externes) furent toutes, sauf une seule, débridées; les malades guérirent sans accident. La seule fistule borgne externe pour laquelle on n'intervint pas se trouvait chez un malade qui avait en même temps des cavernes au sommet des deux poumons.

Nous réunissons, d'ailleurs, dans un tableau les opérations pratiquées sur le rectum et l'anus à notre clinique de Saint-Louis depuis le 1er janvier 1874 jusqu'au 1er juin 1875. (*Voy. page suivante.*)

NATURE de LA MALADIE.	OPÉRATION PRATIQUÉE.	RÉSULTAT.	
		GUÉRISON	DÉCÈS.
Rétrécissement inflammatoire simple.	Léger débridement du sphincter externe. Dilatation forcée.	1	»
Rétrécissement par brides cicatricielles.	Rectotomie avec le couteau galvano-caustique.	1	»
Rétrécissement inflammatoire accompagné de 2 fistules anales.	Débridement des fistules. Rectotomie avec l'anse galvano-caustique.	1	»
Rétrécissement inflammatoire avec fistules multiples et hémorrhoïdes.	Débridement des fistules Excision des hémorrhoïdes. Rectotomie avec l'écraseur.	1	»
Deux cancroïdes de l'extrémité inférieure du rectum.	Ablation avec l'écraseur. Ablation avec le galvanocautère.	1	» 1 (par épuisement).
Cancroïde de la cloison recto-vaginale.	Id.	1	»
Id.	Ablation avec le couteau galvano-caustique.	»	1 (par infection purulente).
Hémorrhoïdes externes procidentes.	Ablation avec l'écraseur.	1	»
Id.	Id.	1 (malgré la survenance d'une adénite inguinale).	»
Condylomes.	Excision avec les ciseaux.	1	»
Cinq abcès de la marge de l'anus.	Cinq ouvertures avec le bistouri.	4	1 (par infection purulente).
Onze fistules anales.	Onze débridements avec le bistouri.	11	»

Obs. CCCLXXIII. — *Rétrécissement du rectum. Fistules anales nombreuses avec hémorrhoïdes. Incision des fistules sur la sonde cannelée. Excision avec l'écraseur de la paroi rectale postérieure. Excision des*

hémorrhoïdes. Guérison. — Péoner (Louise), quarante-deux ans, ménagère, entre le 17 août 1874.

Cette femme n'a jamais été malade antérieurement. Réglée à quatorze ans, elle l'a toujours été et l'est encore régulièrement.

Au mois de juin 1875 elle éprouva de vifs élancements au niveau de l'orifice anal. Elle perdit peu à peu l'appétit et le sommeil ; puis les forces diminuèrent. Il survint bientôt deux tumeurs dures, douloureuses au début et qui sont devenues indolentes par la suite. Deux abcès se sont ouverts au dehors et suppurent encore aujourd'hui. Ils occupent un espace assez étendu et sont très-gênants par leur volume. La malade était ordinairement constipée mais elle ne souffrait pas pendant les garde-robes.

A partir du moment de l'ouverture des abcès, la gêne locale a diminué, mais la suppuration a continué.

L'appétit était revenu, la malade pouvait travailler, mais elle éprouvait un sentiment de pesanteur dans la région anale quand elle restait trop longtemps debout ou assise.

On reconnaît plusieurs fistules anales et un retrécissement du rectum qui en explique la formation. Il n'existe pas d'affection des os du bassin. On trouve à gauche deux fistules, par lesquelles le stylet pénètre jusque dans le rectum. Il en existe également deux autres à droite. Leur trajet est très-long et arrive en arrière sous la muqueuse rectale. En présence de ces désordres nous nous décidons à ouvrir tous ces trajets fistuleux pour faire ensuite la divulsion du rétrécissement. Cette opération est pratiquée le 5 septembre.

Comme il y a là une grosse tumeur hémorrhoïdale, on profite de la circonstance pour l'enlever. On a également soin d'agrandir un peu l'orifice externe des fistules, afin de sectionner le tissu cicatriciel qui gêne souvent la nouvelle cicatrisation. On fait ensuite la divulsion et lorsque la résistance, qui est considérable, est vaincue, le doigt introduit dans le rectum ne rencontre pas de cloaque. On panse avec une grosse mèche au milieu de laquelle on place un tube à drainage qui doit faciliter la sortie des gaz.

6 septembre. A souffert surtout dans l'après-midi et la soirée. La nuit a été meilleure. Beaucoup de cuisson au niveau de la plaie. La langue est blanchâtre, la peau un peu chaude. Inappétence et insomnie. P=96.

8. Peau moite, pouls normal. Langue blanchâtre. A peu d'appétit. Dort peu. Par instant douleurs avec élancements. Suppuration abondante par l'anus.

10. L'état général est satisfaisant ; les douleurs sont moins accentuées. La malade ne souffre guère que lorsqu'elle se remue, ou lorsqu'on la panse. L'aspect des plaies est très-bon ; les bourgeons charnus apparaissent

sur certains endroits. Aucun besoin d'aller à la selle. Pas de fièvre. L'appetit revient lentement.

15. Se trouve toujours bien; n'est pas encore allée à la selle. La plaie se retrécit et la mèche pénètre moins profondément.

21. Est allée à la selle pour la première fois depuis l'opération. N'a pas trop souffert; les matières étaient assez consistantes. Il existe une autre petite fistule à gauche, très-superficielle; elle est incisée par M. Deny, interne du service, puis pansée à plat.

De ce jour jusqu'au 12 octobre, époque où la malade sort du service, il ne se passe rien de notable.

A sa sortie, la plaie est cicatrisée, la suppuration a disparu et les selles sont faciles. L'état général est amélioré.

Obs. CCCLXXIV. — *Rétrécissement du rectum avec double fistule anale. Débridement des fistules. Rectotomie. Guérison.* — Lauvray, trente-huit ans, entré le 8 septembre 1875. Sans antécédents pathologiques. Il y a vingt mois, ce malade eut un abcès de la marge de l'anus, qui s'ouvrit spontanément et donna lieu à une fistule opérée sans résultat il y a un an. Depuis cette époque, un nouvel abcès s'est formé, et maintenant il existe deux fistules. Elles sont ainsi disposées: l'une a son orifice externe sur la marge de l'anus juste sur la ligne médiane; son orifice interne est dans le rectum, sur la même ligne et à la hauteur d'une phalange et demie. L'autre est à peu près parallèle à la première; son orifice externe est à gauche de la ligne médiane sous un gros bourgeons charnu; son orifice interne, obstrué par des matières fécales concrétées, est un peu plus haut que celui de la première fistule. L'un est situé à gauche sur la partie moyenne de la marge de l'anus; l'autre, à droite vers le périnée. Celui de gauche se rapproche d'avantage du périnée et va s'ouvrir dans le rectum à la hauteur d'une phalange et demie. Le malade se plaint en outre d'une grande difficulté pour le passage des matières fécales. En effet, au-dessus des orifices internes des fistules, on trouve un retrécissement annulaire haut de 2 cent., produit par des brides cicatricielles très-développées. L'extrémité de l'index peut à peine le franchir.

13 septembre. Débridement des fistules sur une sonde cannelée. Section du pont de muqueuse qui les sépare de manière à n'avoir plus qu'une plaie. Dilatation forcée du rétrecissement à l'aide des doigts. On pratique ensuite avec l'anse galvano-caustique une incision longitudinale sur la paroi postérieure du rectum.

Pansement avec une grosse mèche de charpie cératée, laissée en place pendant quarante-huit heures.

La nuit qui suit l'opération le malade éprouve de fortes douleurs et n'a pas de sommeil. Rhum, sulfate de quinine. V. q. q.

15. Le malade est toujours abattu; il a pris un potage. P = 96. Même traitement.

17. Moins de douleur. Soif ardente; langue blanchâtre. P = 85.

18. Diarrhée, coliques, selles très-pénibles.

20. La diarrhée continue; potion de bismuth et laudanum. Plaie de bon aspect. Le malade recouvre un peu l'appétit et le sommeil.

22. Même état. La diarrhée dure encore huit jours, après lesquels le malade entre en convalescence.

1er octobre. État général très-satisfaisant. Le malade a bon appétit et dort bien. Suppuration de bonne nature.

5. La réunion par seconde intention commence.

14. Cicatrisation complète; le malade est désigné pour Vincennes.

Obs. CCCLXXV. — *Rétrécissement inflammatoire du rectum. Hémorrhoïdes externes. Incision. Destruction des hémorrhoïdes. Guérison.* — Chambovert (Édouard), vingt-huit ans, feuillagiste, entré le 25 septembre 1874. Il y a environ deux mois qu'apparurent au pourtour de l'anus un assez grand nombre de végétations externes qui furent successivement liées par son médecin. Depuis lors il a presque toujours été constipé. Il éprouvait même du ténesme et des épreintes. Il se fait un écoulement muco-purulent, assez abondant, par l'anus. Depuis le mois de janvier de cette année, il a vu ses forces diminuer rapidement, a perdu l'appétit et a eu des sueurs nocturnes. Ce malade n'a jamais eu la syphilis. Pas de signes stéthoscopiques de tuberculose.

Au toucher on trouve dans le rectum des bosselures irrégulières. Le rétrécissement est annulaire et paraît porter sur toutes les tuniques. L'index éprouve beaucoup de peine à franchir ce rétrécissement. Petites végétations ulcérées sur tout le pourtour de l'anus; téguments indurés et saignant facilement.

26 septembre. On commence par dilater toute la partie inférieure du rectum, puis on l'incise sur sa face postérieure avec le couteau galvano-caustique. On détruit ainsi le retrécissement. On tamponne ensuite fortement pour se mettre en garde contre les hémorrhagies consécutives.

27. A eu un peu de fièvre hier soir. N'a pu dormir et a beaucoup transpiré. Moins de douleur qu'avant l'opération. P=96.

28. A peu souffert. Appétit bon. Un peu d'insomnie. La plaie ne donne qu'une légère sécrétion muco-purulente.

1er octobre. L'état général s'améliore; la suppuration est toujours abondante.

4. La suppuration diminue, et la plaie se rétrécit. A eu une selle facile.

6. L'état de la plaie est aussi satisfaisant que possible; le malade demande à sortir.

14. Ce malade revient à la consultation; la plaie est complétement guérie.

Obs. CCCLXXVI. — *Rétrécissement du rectum. Incision du sphincter externe. Dilatation forcée. Guérison.* — Giraud (Annette), trente-quatre ans, entre le 20 août 1875, avec un rétrécissement du rectum remontant à trois ans et demi, et pour lequel on a déjà pratiqué la divulsion. Il y a quatre ans, cette malade eut un chancre probablement non infectant, car elle n'eut dans la suite aucune manifestation syphilitique; pas de taches sur la peau; pas d'adénopathie inguinale; rien du côté des yeux, du larynx et du cuir chevelu. Ce chancre siégeait à la fourchette, près de la marge de l'anus. Il arriva là probablement ce qui arrive dans ces occasions; le suintement de la petite ulcération franchit la marge de l'anus et, inoculant la muqueuse, produisit quelques ulcérations qui se convertirent en cicatrices par la suite. Le rétrécissement apparut six mois après le chancre. A cette époque on pratiqua la divulsion. Elle fut suivie d'une amélioration temporaire. La malade pouvait aller librement à la selle. Elle entre dans le service se plaignant des mêmes douleurs qu'autrefois, avec rétention incomplète des matières fécales. Sur la marge de l'anus on trouve un suintement se faisant par une fissure siégeant au même point. Cette fissure a la forme d'un triangle à sommet inférieur. Le doigt introduit dans le rectum est arrêté à la hauteur de deux phalanges et demie par un retrécissement annulaire qui ne se laisse pas franchir même par le petit doigt. Toute la muqueuse sous-jacente présente une ulcération superficielle très-douloureuse. Par le toucher vaginal on constate aussi la présence d'une cystocèle, produite probablement par le ténesme incessant qui est la conséquence du rétrécissement. La malade accuse des troubles digestifs très-marqués. Les selles sont rares et très-douloureuses.

29 août. La malade ayant été chloroformisée, on pratique la dilatation. Le sphincter externe est d'abord incisé avec le bistouri jusque dans le trajet fistuleux qui est ouvert. Cette seule mesure devait évidemment amener un grand soulagement. Il s'écoule d'ailleurs un peu de sang. On l'arrête sur-le-champ avec quelques pinces hémostatiques. On arrive ensuite à la dilatation avec le petit doigt d'abord, puis avec l'index. On fit ensuite la divulsion avec l'instrument de Nélaton. On ramène le rectum à son calibre normal, sans hémorrhagie. Les premiers jours qui suivent l'opération la malade accuse quelques douleurs, mais la santé générale ne subit aucune influence fâcheuse. P=80. Appétit et sommeil bons.

Chaque jour on introduit dans le rectum une mèche destinée à maintenir le calibre obtenu par l'instrument. Le 3 septembre, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, la malade a une selle sans trop de douleurs. — A partir de ce moment, elle se lève et peut aider à faire le service de la salle. Les digestions sont bonnes. Les selles deviennent normales le

20 septembre, et à la fin du mois la malade sort dans les meilleures conditions.

(Vers la fin de son séjour dans le service on fit une dilatation quotidienne avec un gros tube en gomme élastique et on conseilla à la malade de répéter cette manœuvre encore quelque temps.)

Obs. CCCLXXVII. — *Rétrécissement du rectum par brides cicatricielles. Rectotomie. Guérison.* — Veschter (Émile), trente ans, photographe, entré le 30 novembre 1874.

Ce malade, qui présente des traces évidentes de scrofule (cicatrices ganglionnaires du cou et de l'aine), a eu au mois de juillet dernier plusieurs abcès de la marge de l'anus. Ils s'ouvrirent spontanément et laissèrent à leur place des trajets fistuleux.

A 2 centimètres de la marge de l'anus siégent deux fistules complètes, l'une antérieure, l'autre latérale, fistules allant s'ouvrir dans le rectum à la hauteur d'une phalange et demie. Large décollement. Peau violacée, atone. Par le toucher on trouve au-dessus des fistules un rétrécissement valvulaire irrégulier qui paraît être formé par l'entrecroisement de petites brides cicatricielles et qui fournit un suintement muco-purulent. — Rien dans les poumons.

16 janvier. Incision des deux fistules et du rétrécissement avec le bistouri. Pansement avec des mèches.

25 février. Cautérisation au fer rouge pour stimuler la cicatrisation. — Bains généraux. — Isolement (à cause de la mauvaise constitution du malade).

15 mars. Le malade sort presque guéri.

1er avril. Le malade rentre dans le service pour un décollement étendu de la muqueuse rectale. Brides à la même hauteur qu'autrefois.

10. Rectotomie avec le couteau galvano-caustique. Pansement avec des mèches de charpie cératée.

10 mai. Guérison complète du rétrécissement et des fistules.

Obs. CCCLXXVIII. — *Cancroïde du rectum et de la cloison recto-vaginale. Ablation avec l'écraseur. Guérison.*

Rocquencour (Élisa), cinquante-quatre ans, journalière, entre le 5 juin 1874.

Il y a seize mois, elle sentit au pourtour de l'anus un bourrelet de la grosseur du doigt. A cette époque, la tumeur ne la gênait pas pendant la défécation. Trois à quatre mois plus tard, des douleurs apparurent; si bien qu'elle pouvait à peine rester assise : plusieurs petits abcès s'ouvrirent spontanément au pourtour de l'anus.

Au mois de novembre 1873, il survint en avant du sphincter externe, vers le périnée, deux productions épithéliales que la malade compare à

deux cornes, et qui s'avancèrent jusque entre les grandes lèvres. Elle y ressentit du prurit, et chaque fois qu'elle se grattait, il s'écoulait un peu de sang. La douleur était extrêmement vive et rendait la station verticale impossible. Vers cette époque apparurent des hémorrhagies anales qui devinrent plus fortes en février dernier. Six semaines avant d'entrer dans le service, elle eut une perte rectale qui dura trois jours. Elle évalue à trois litres la quantité de sang rendue. Elle n'avait jamais autant perdu dans les hémorrhagies précédentes qui furent relativement minimes.

Vers le mois d'avril, il se forma un phlegmon diffus qui débuta dans la partie inférieure et interne de la cuisse gauche, et s'étendit jusque dans la grande lèvre du même côté. L'abcès qui suivit fut ouvert et la malade garda le lit pendant trois semaines.

Les garderobes restèrent régulières; dans les derniers temps elles devinrent liquides et plus fréquentes (trois ou quatre chaque matin).

Cette femme n'avait jamais été malade; elle a eu cinq couches très-heureuses et ses enfants sont bien portants. Les forces ont diminué graduellement depuis le début de la maladie actuelle.

Menstruation à quinze ans. — Ménopause à cinquante et un.

A son entrée dans le service : l'orifice anal est entouré de végétations luxuriantes qui ressemblent à des condylomes. Par le toucher rectal on trouve sur la paroi antérieure une tumeur irrégulière, bosselée, ayant envahi toute l'épaisseur de la cloison. La nature épithéliale de la tumeur n'étant pas douteuse, on se décide à l'enlever aussi largement que possible.

15 juin. Incision verticale sur la ligne médiane, afin de donner passage à l'écraseur. Ensuite on circonscrit les deux moitiés latérales qui sont envahies. Ces parties successivement enlevées laissent un vaste cloaque dans lequel on fera de nombreux lavages, afin d'obtenir la cicatrisation.

6. Souffre encore de la plaie. La langue est sale et la bouche pâteuse. Aucun appétit. P = 124. — Purgation.

7. La purgation a bien agi. Souffre beaucoup du ventre. Les douleurs se calment sous l'influence d'une potion de térébenthine et éther. La plaie suppure beaucoup. Pas d'hémorrhagie. P = 100. T. A. 38°.

20. La malade se plaint de vives douleurs locales; elle s'affecte beaucoup de son état. Insomnie. P = 116.

25. Les douleurs se sont un peu calmées. La malade a reposé quelques heures pendant la nuit précédente. L'aspect de la plaie est satisfaisant; le bourgeonnement semble se faire d'une façon régulière. La langue se nettoie. P = 112.

28. Même état.

2 juillet. La malade a été prise, il y a deux jours, d'une diarrhée assez forte avec coliques. Les selles étaient fréquentes et liquides.

3. Deux selles seulement dans la journée d'hier.

9. A eu froid hier par suite de l'ouverture d'un vasistas voisin du lit, et a été prise de diarrhée.

11. Diarrhée disparue. L'état de la malade s'améliore; elle reprend ses forces. Le faciès est meilleur.

La plaie va bien jusqu'au 23 juillet.

24. L'état général est satisfaisant. Le bourgeonnement des surfaces de la plaie a rétréci le cloaque qui ne tardera pas à se cicatriser. Il y a un peu de prolapsus de la vessie que l'on soutiendra au moyen d'un pessaire approprié. Quitte le service sur sa demande.

Obs. CCCLXXIX. — *Cancroïde du rectum. Ablation par le galvanocautère. Mort.* — Goubet (Marie), cinquante ans, entre le 17 octobre 1874. De faible constitution, maigre et épuisée. Depuis six mois, cette malade ressentait de fortes douleurs dans le rectum, et souffrait beaucoup en allant à la selle. Quelquefois, dit-elle, il s'écoule par l'anus un liquide sanguinolent, d'une odeur fétide. La malade n'a pas d'antécédents pathologiques. Le doigt, introduit dans le rectum, rencontre des bosselures, des indurations siégeant sur les parois antérieures et latérales. Il n'y a pas d'ulcération, le vagin ne présente pas de signes d'envahissement. Les bosselures et l'induration siégent surtout au voisinage de l'anus. La tumeur, dont la nature épithéliale n'est pas douteuse, semble venir de la muqueuse rectale et surtout des parois latérales.

17 octobre. La malade ayant été endormie, on pratique l'ablation de la tumeur avec le galvanocautère. L'orifice du rectum est agrandi en attirant en haut le périnée avec des pinces hémostatiques. Le pourtour de la muqueuse est disséqué circulairement avec le couteau galvanocaustique jusqu'à la hauteur de la portion saine qui remonte à peu près à deux phalanges et demie. L'opération ne donne qu'un peu de sang qu'on arrête facilement avec quelques pinces hémostatiques. Pansement avec une éponge phéniquée introduite dans le rectum et destinée à faire en même temps de la compression.

Les premiers jours qui suivent l'opération se passe sans incident. La malade accuse quelques douleurs, mais elle dort paisiblement. P = 90.

25. La malade a de la fièvre, elle a perdu tout appétit. Rhum, sulfate de quinine, 1 gramme. Suppuration abondante de la plaie. P = 96.

26. Même état. P. = 96.

Sueurs profuses. La malade s'affaiblit.

28. Rhum 300 grammes, sulfate quinine, 1 gramme. P = 100. Cet état reste stationnaire pendant une dizaine de jours. Le pouls varie entre 90 et 100. L'appétit a disparu ainsi que le sommeil.

6 novembre. La malade est agitée et s'affaiblit de plus en plus. Suppuration abondante. P = 100. Pansement de la plaie avec de l'alcool phéniqué.

10. Même état. A eu un frisson le soir depuis deux jours. Elle se tourmente et veut absolument retourner chez elle.

11. Mort par épuisement.

Obs. CCCLXXX. — *Épithélioma du rectum. Opération. Ablation avec l'écraseur. Guérison.* — Beaudoin (Michel), soixante-deux ans, commissionnaire, entré le 22 mars 1875. A vu apparaître, il y a un an, un petit bourgeon au pourtour de l'anus. On l'a excisé il y a six semaines, mais la récidive s'est faite au bout de quinze jours.

Au pourtour de l'anus, mais surtout à la partie antérieure, existe une ulcération bourgeonnante, aplatie, d'une couleur rose pâle, irrégulière, formant relief quand les jambes du malade sont écartées. C'est une masse unique, continue. Les bords sont fendillés, étalés et présentant assez bien l'aspect d'un condylome. Le fond, taillé à pic, est grisâtre; il en suinte une sorte de matière ichoreuse. On voit à la surface une infinité de papilles hypertrophiées, séparées par de petits espaces triangulaires et comme feuilletés. Le malade accuse un sentiment de gêne et de cuisson. Le rectum est envahi jusqu'à la hauteur d'une phalange. État général satisfaisant.

4 avril. Dissection de toute la portion du rectum envahie. Chaque moitié est prise dans une chaîne d'écraseur. Hémostase avec les pinces pendant la dissection. Pansement à plat.

Les différentes coupes montrent des masses morbides, étendues dans les tissus sous-jacents à la muqueuse, et présentant avec de nombreux globes épidermiques des parties ayant subi la dégénérescence colloïde. La tumeur est un épithélioma pavimenteux lobulé (M. Malassez).

20. Guérison.

Obs CCCLXXXI. — *Cancer du rectum à développement rapide. Mort.* — Beyde, soixante-dix-sept ans, ciseleur, entré le 14 janvier 1874.

État cachectique avancé, teinte jaune-paille des téguments. Il y a deux mois seulement, les selles devinrent douloureuses et rares. Le cancer a gagné le scrotum et la racine de la verge. Ganglions inguinaux envahis. Écoulement ichoreux et fétide par l'anus. Mort quinze jours après son entrée dans le service.

Obs. CCCLXXXII. — *Cancer du rectum et probablement de la prostate.* (*Inopérable*). — Lejeune (Henri), quarante-sept ans, entré le 19 octobre 1874 pour un carcinome du rectum. Il est faible, sans appétit, dort mal et a la teinte jaune-paille caractéristique. Il est amaigri surtout depuis trois mois, époque à laquelle il fait remonter le début de son mal. Moral

très-ébranlé. Se plaint de difficulté quelquefois très-grande pour le passage des matières fécales. Il ne peut uriner que très-difficilement et en prenant des précautions : la miction n'est facile que quand le malade occupe la position assise.

Le toucher rectal révèle à la hauteur de trois phalanges un épaississement considérable de la muqueuse qui présente des indurations avec bosselures. On ne trouve pas d'ulcérations. On sent aussi une hypertrophie de la prostate avec bosselures dures et inégales.

Le malade suit un régime reconstituant pendant quelques semaines et quitte le service dans le même état.

Obs. CCCLXXXIII. — *Hémorrhoïdes externes. Traitement palliatif.* — Pollet (Adolphe), quarante et un ans, marchand des quatre-saisons, entre le 19 mai 1875. Apparition d'hémorrhoïdes externes il y a un an. Guérison momentanée par les bains simples. Nouvelle apparition six semaines plus tard.

A son entrée, bourrelet circulaire de l'épaisseur d'un doigt. Muqueuse turgescente et violette. Repos et bains froids tous les deux jours. Disparition du bourrelet le 28 mai.

Obs. CCCLXXXIV. — *Hémorrhoïdes externes. Traitement palliatif.* — François (Jean), homme de peine, quarante-sept ans, entre le 10 mars 1875. Apparition d'hémorrhoïdes pour la première fois il y a huit jours seulement. Bourrelet circulaire complet avec un point de sphacèle. Douleur et constipation. Repos et bains froids. Disparition du bourrelet au bout de six jours.

Obs. CCCLXXXV. — *Hémorrhoïdes externes. Traitement palliatif. Amélioration.* — Martincourt (Louis), quarante-cinq ans, chaudronnier, entre le 20 février 1875. Il y a environ deux ans que ce malade a commencé de souffrir pendant la défécation. Les selles contenaient parfois un peu de sang. Il y a sept à huit mois les hémorrhoïdes dont il souffre sont apparues au dehors. Elles étaient petites et rentraient aisément. Elles ont grossi lentement. Il y a deux jours, après de grands efforts de défécation, il n'a pu les faire rentrer et les douleurs se sont considérablement accrues.

On trouve au pourtour de l'anus un véritable bourrelet, de couleur violacée et noirâtre, recouvert par la muqueuse semi-transparente. Cette tumeur du volume d'un marron est bosselée, molle, accompagnée de sensation de corps étranger dans le rectum et de douleurs lancinantes s'irradiant vers le périnée et les lombes. La pression est très-pénible. Insomnie. Fatigue et malaise. $P = 84$. Demi-lavements. Cataplasmes. Station horizontale. Purgatif léger. Bains généraux.

Au bout de huit jours, la tumeur redevient petite et réductible.

Obs. CCCLXXXVI. — *Hémorrhoïdes externes. Traitement palliatif.* — Jacquemin (Florentine), soixante ans, entre le 20 juillet 1874, pour des hémorrhoïdes qui lui causent des douleurs insupportables.

La malade en est affectée depuis l'âge de quarante-cinq ans, époque de la ménopause. Il existe au pourtour de l'anus un bourrelet de la grosseur d'un doigt : la muqueuse est violacée, turgescente, saigne à chaque selle. On ne remarque pas d'ulcérations. Repos et bains. La malade, n'osant pas se soumettre à une opération, sort le 28 juillet très-soulagée.

Obs. CCCLXXXVII. — *Hemorrhoïdes externes. Ablation de la tumeur avec l'écraseur. Adénite inguinale. Suppuration consécutive. Guérison.* — Riche (Théodore), journalier, quarante-cinq ans, entré le 27 mars 1874.

A l'âge de vingt-cinq ans, il a senti à l'anus une petite tumeur bien réductible et qui est devenue plus grosse avec le temps. Elle a d'abord donné quelques gouttes de sang seulement, puis l'écoulement est devenu plus considérable. Comme il pouvait faire rentrer cette tumeur, il ne s'en est pas inquiété; pendant longtemps il ressentait de petits picotements, surtout après une fatigue. En 1867, il a été opéré d'une fissure à l'anus dont il souffrait depuis l'âge de vingt-sept ans, et qui le gênait plus encore que les hémorrhoïdes. Depuis le 25 mars, la tumeur est devenue volumineuse comme aujourd'hui et n'a pu rentrer. Il a été pris alors de fièvre, de frissons et de douleurs très-vives. C'est ce qui l'a décidé à venir à l'hôpital.

Il porte une tumeur qui recouvre presque complétement l'orifice anal et qui est surtout proéminente du côté droit. Son volume est celui d'une mandarine. Les tissus sont tellement tendus, qu'ils sont près de s'ulcérer. On soumet le malade à un traitement rafraîchissant et au repos. Bains, cataplasmes.

18 avril. La tumeur est moins douloureuse; son volume a diminué. L'opération est pratiquée de la façon suivante :

On saisit avec des pinces hémostatiques la tumeur, on la divise et on applique la chaîne du ligateur, on coupe très-lentement en ménageant la peau, afin de prévenir les rétrécissements, qui sont une des plus graves conséquences de ces sortes d'opérations.

19. Pas d'hémorrhagie. A beaucoup souffert dans la journée de samedi par suite de la présence de la mèche qui est sortie pendant un effort de toux.

20. A eu hier des coliques et de la strangurie. Ce matin il a uriné abondamment. N'a point pris de nourriture à cause de ses coliques. Éprouve le besoin de manger; pas de fièvre. Frisson qui n'a duré qu'un instant.

23. Est allé à la selle après une purgation, mais avec beaucoup de peine.

N'a pas perdu de sang. Pas de fièvre. Un peu plus d'appétit que les jours précédents.

27. Souffre un peu pendant la marche; quelques gouttes de sang quand il va à la selle. État général satisfaisant.

2 mai. Même état.

4. La peau est chaude. Un abcès se forme dans la région inguinale gauche, qui est le siége de chaleur, rougeur et élancements. P = 85.

6. On ouvre l'abcès avec le bistouri.

7. La fièvre n'a pas disparu; nouvel abcès dans la région périnéale. Le malade urine bien, mais va difficilement à la garderobe.

8. Incision de l'abcès, dont la suppuration se fait régulièrement.

23. Le malade, guéri, part pour Vincennes.

Obs. CCCLXXXVIII. — *Hemorrhoïdes externes. Excision avec l'écraseur. Guérison.* — Mercier (Louis), quarante-cinq ans, entre le 22 juin 1874.

Ce malade, qui est atteint en même temps de psoriasis congénital, a depuis quatre ans des selles douloureuses.

On trouve aujourd'hui un bourrelet énorme, œdémateux et turgide, comprenant tout le pourtour de l'anus. La muqueuse est violacée et présente quelques ulcérations qui occasionnent des pertes de sang abondantes et épuisent le malade.

27 juin. On pratique l'ablation à l'aide de l'écraseur. Une pince hémostatique est appliquée sur chacune des tumeurs que l'on veut détacher, puis la chaîne est passée en arrière. Pansement avec des mèches.

Le malade sort guéri le 11 juillet. La défécation s'opère sans douleurs; plus de traces du bourrelet.

Obs. CCCLXXXIX. — *Abcès périnéal.* — Beaucorps (Félix), vingt-neuf ans, cultivateur, entre le 4 janvier 1875.

Il y a trois jours que ce malade a ressenti quelques élancements à la partie antérieure du périnée. Il a porté la main à ce niveau et a remarqué la présence d'une petite tumeur allongée, qui n'a pas tardé à devenir le siége de souffrances vives, qui s'aggravaient pendant la marche. Le malade a en même temps perdu l'appétit. Les douleurs ne s'exercent ni pendant la miction, ni pendant la défécation. Aujourd'hui, on trouve sur la partie médiane de la région périnéale, derrière le scrotum, une petite tumeur de la grosseur d'une amande, qui est douloureuse à la pression, rouge et fluctuante superficiellement. Cataplasmes. Mèches en croix. Incision cruciale. Évacuation de l'abcès. P = 80.

Guérison au bout de six jours.

Obs. CCCXC. — *Abcès de la marge de l'anus.* — Caudenberg (Guillaume), quarante-neuf ans, ébéniste, entre le 19 mars 1875. A ressenti il y a huit

jours, sans cause appréciable des douleurs lancinantes au pourtour de l'anus. Sur la partie gauche voisine de l'anus existe une tumeur du volume d'une amande, rouge, douloureuse, consistante, qui est le siége d'élancements très-aigus. A ce niveau, le malade éprouve de fortes douleurs pendant la marche, et surtout la défécation. Ne peut rester assis sans souffrir. Rien dans le poumon. Pas d'appétit depuis trois jours. Langue blanchâtre. P = 96. TA. 39°.7.

Incision cruciale le 23 mars. Pansement avec des mèches de charpie placées en croix. Guérison complète le 6 avril.

Obs. CCCXCI. — *Abcès de la marge de l'anus.* — Lechevalier (Jean), quarante-trois ans, entre le 17 juin 1874. Cet abcès est survenu il y a trois semaines sans cause apparente. Il a la largeur d'une pièce de 5 fr. La peau est rouge, chaude, la fluctuation évidente ; la base indurée s'étend assez loin. État général bon. Rien d'appréciable dans le poumon.

Incision cruciale avec le bistouri. Même pansement que les précédents.

Le malade sort guéri le 18 juillet.

Obs. CCCXCII. — *Abcès de la marge de l'anus. Tuberculose.* — Vasselin (Léon), dix-neuf ans, garçon de magasin, entre le 18 septembre 1874.

Maigre et très-faible, porte une adénopathie sous-maxillaire bien développée. Il a été affecté, pendant sa jeunesse, d'une affection auriculaire double qui lui a laissé une demi-surdité. N'a pas d'appétit. Il y a une quinzaine de jours il a vu se former un abcès de la grosseur d'une noisette, qui s'est ramolli et s'est ouvert spontanément il y a deux jours. Pendant tout ce temps il a ressenti quelques élancements et une forte gêne.

Au moment du siége, il aurait eu un premier abcès, puis un deuxième quinze mois plus tard et un troisième très-peu de temps après le précédent. Ces différents abcès ont laissé de petites fistules borgnes internes, qu'on ne juge pas devoir opérer, à cause du mauvais état général. Sueurs nocturnes, diarrhée depuis trois mois, induration du sommet des poumons. Souffle à droite, dans la fosse sus-épineuse, râles sous-crépitants à gauche. Sueurs nocturnes.

Cataplasmes. Incisions. Injection iodées. Quitte le service au bout de quinze jours, l'ouverture du dernier abcès est fermée.

Obs. CCCXCIII. — *Abcès de la marge de l'anus. Tuberculose. Ouverture de l'abcès. Mort par infection purulente.* — Cadiou (Alfred), trente-cinq ans, entre le 23 janvier 1874.

Ce malade paraît fort et bien constitué. Il y a une quinzaine de jours, sans cause connue, il ressentit des douleurs à la fesse droite, puis à l'anus, eut des frissons et de la fièvre pendant trois jours. Au voisinage de l'anus,

immédiatement au-dessus du pli de la fesse, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, avec coloration de la peau en rouge lie de vin. Elle est très-douloureuse à la pression, manifestement fluctuante. Rien du côté du rectum. Respiration rude avec expiration prolongée au sommet des deux poumons. Râles sibilants et sous-crépitants sous la clavicule droite.

3 février. Après avoir appliqué plusieurs cataplasmes, on ouvre l'abcès avec le bistouri. Il s'écoule un liquide séro-purulent abondant ayant une odeur fétide caractéristique.

5. L'incision est agrandie à cause d'un vaste décollement qui s'est fait. Un tissu fongueux tapisse le fond de l'abcès, et l'on peut facilement introduire dans sa profondeur les deux phalanges du petit doigt.

Pendant tout le reste du mois, la plaie est restée atone, les tissus sont mous, violacés et sans vitalité.

1er mars. Le malade a un frisson le soir.

Sulfate quinine, 0gr,50. Rhum, 150 gr.

9. Second frisson. Ipéca.

10, 11, et 12. Nouveaux frissons à intervalles irréguliers. Le malade s'affaiblit; sa température monte.

15. Frisson de un quart d'heure.

16. Mort.

A l'autopsie, on a trouvé dans le foie deux abcès métastatiques, dont l'un gros comme une noisette. Granulations grises au sommet des deux poumons. Cavernules au sommet droit.

Obs. CCCXCIV. — *Végétations multiples au voisinage de l'anus et de la vulve. Section avec les ciseaux courbes. Guérison.* — Kleinne (Alphonsine), vingt-trois ans, mécanicienne, entre le 21 février 1874 pour des végétations qu'elle porte à l'anus. Elle n'aurait jamais eu d'accidents syphilitiques. Il y a trois ans, sans qu'elle se rendît compte de la cause, elle s'aperçut d'une petite végétation au voisinage de l'anus. Ce bouton grossit et en même temps s'épanouit sous forme de champignon.

La malade présente aujourd'hui d'autres végétations de même nature au pourtour de l'anus, à la vulve et aux grandes lèvres. Aucune de ces petites excroissances n'est ulcérée. L'exploration du rectum, du vagin et du col de l'utérus donne des résultats négatifs.

Toutes les végétations sont enlevées avec les ciseaux courbes, en même temps que la couche papillaire sous-jacente.

Un pansement simple à la glycérine et au cérat suffit pour amener la guérison. La malade sort le 27 février.

Obs. CCCXCV. — *Fistule complète à l'anus. Débridement. Guérison.* — Rabousin (Paul), seize ans, charpentier, entre le 20 avril 1874. S'est toujours bien porté jusqu'en février dernier, époque à laquelle il eut un abcès de la marge de l'anus. Cet abcès s'est ouvert spontanément, et depuis ce temps le passage des matières fécales est douloureux, en même temps que l'orifice de l'abcès laisse suinter un liquide séro-purulent.

Le stylet introduit par ce trajet fistuleux va ressortir dans le rectum, à la hauteur d'une phalange.

22 avril. On débride avec le bistouri par une incision profonde l'intervalle de muqueuse et de peau qui existe entre les deux orifices, et on introduit chaque jour dans la plaie de grosses mèches pour favoriser la cicatrisation.

27. La plaie étant dans un très-bon état, le malade sort sur sa demande. Il pourra continuer sans difficulté son pansement.

Obs. CCCXCVI. — *F. complète. Débridement. Guérison.* — Le Sellier (Armand), dix-huit ans, garçon marchand de vin, entre le 4 février 1874. Bien que ce malade n'ait jamais eu d'hémoptysies, il est sous le coup d'une tuberculose imminente : toux continuelle ; amaigrissement ; sueurs nocturnes ; respiration interrompue, rude et soufflante, aux deux sommets. Néanmoins, pas d'antécédents héréditaires.

Il y a six mois, ce malade eut au voisinage de l'anus un abcès qui s'ouvrit spontanément par un petit orifice laissant suinter continuellement un pus sanieux. Cet orifice fistuleux s'ouvrait et se fermait alternativement. Le 4 février, il se décide à entrer dans le service. On constate une fistule complète située un peu au-dessus de la lèvre postérieure de l'anus. L'orifice interne est situé à la hauteur de la deuxième phalange du doigt introduit dans le rectum.

11 février. On débride le pont avec le bistouri, et on applique le pansement ordinaire consistant en mèches cératées.

23. La plaie est pâle ; les bourgeons sont rares, le fond est tapissé par une couche de tissu grisâtre et fongueux. On répète plusieurs fois les cautérisations au nitrate d'argent, en même temps que l'on débride les angles de la plaie qui ont tendance à se cicatriser trop promptement.

Le malade sort guéri dans les premiers jours de mars.

Obs. CCCXCVII. — *F. complète. Débridement avec double orifice au dehors. Guérison.* — Lecoq (Désiré), vingt et un ans, entre le 27 février 1874. En octobre 1872, il eut un abcès de la marge de l'anus. Le mois suivant, l'abcès perça ; les selles devinrent douloureuses et il y eut un suintement continuel par l'orifice fistuleux. Quand nous le vîmes, il portait sur la marge de l'anus deux orifices, dont l'un, situé en bas et à gauche, simulait un gros bourgeon charnu. On arrivait indifféremment par l'un ou par

l'autre dans le rectum ; mais il n'y avait qu'un seul orifice interne. Ces deux trajets externes se réunissent pour n'en plus former qu'un, qui s'ouvre dans le rectum à environ la hauteur de la seconde phalange.

Débridement avec le bistouri le 10 mars. Pansement avec les mèches.

Le malade sort guéri au bout de trois semaines.

Obs. CCCXCVIII. — *F. complète. Débridement. Guérison.* — Boulley (Alphonse), trente-quatre ans, graveur, entre le 17 mars 1874.

En décembre 1873, il eut à la marge de l'anus un abcès qui s'ouvrit spontanément au bout de trois semaines. Depuis lors il souffre constamment quand il va à la selle.

Sur le bord de l'orifice anal, on trouve une fistule entourée d'un disque de peau noirâtre, sans vitalité. Un stylet introduit par ce trajet pénètre directement en haut et en dedans, et va ressortir dans le rectum à la hauteur de deux phalanges.

30 mars. On incise avec le bistouri le pont formé au-dessus du trajet fistuleux, et on prolonge l'incision par en bas jusqu'au milieu des parties saines. On a ainsi une large plaie dont les deux extrémités sont les deux orifices fistuleux, et dont le milieu correspond au décollement de la peau et de la muqueuse rectale.

Le pansement consiste en applications de très-grosses mèches, qui empêchent la réunion des bords avant la cicatrisation du fond.

Le malade sort guéri le 1er mai.

Obs. CCCXCIX. — *F. complète. Débridement. Guérison.* — Monnet (Louis), vingt-cinq ans, entre le 18 mai 1874 pour une fistule anale complète. Le malade eut il y a trois ans un abcès qui s'ouvrit en même temps dans le rectum et à la marge de l'anus. Il s'est formé ainsi deux orifices fistuleux qui fournissent continuellement un liquide séro-purulent. Les selles sont très-douloureuses L'orifice interne s'ouvre dans le rectum à la hauteur d'une phalange et demie.

18 mai. On fait le débridement à l'aide du bistouri et de la sonde cannelée. Pansement consistant en l'introduction de grosses mèches destinées à empêcher la cicatrisation des bords avant celle du fond.

Le malade sort guéri le 2 juillet.

Obs. CD. — *F. anales complètes.* — Lauvraye (Ferdinand), trente-huit ans, entre le 6 septembre 1874. Il est fort, vigoureux et n'aurait jamais été malade. Il y a dix-huit mois, il eut à la marge de l'anus un abcès que l'on ouvrit au bout d'un mois. Il resta néanmoins un trajet fistuleux. Il y a un mois, on ouvrit un second abcès placé près du premier, et qui comme lui fut suivi d'une fistule.

A l'extrémité antérieure de la marge de l'anus on remarque deux gros

tubercules ayant la forme et l'aspect de bourgeons charnus, au centre desquels se trouve un orifice fistuleux donnant continuellement quelques gouttes de sérosité. Les selles sont douloureuses, et les matières passent quelquefois par les trajets fistuleux. Ceux-ci, placés à une distance de 2 centimètres environ l'un de l'autre, sont entourés d'une zone violacée. Le stylet introduit par ces orifices se dirige en haut et pénètre dans le rectum, à une hauteur de 6 ou 7 centimètres. Leur trajet est sinueux, et, avant de s'ouvrir dans l'intestin, il s'ouvre dans une espèce de cloaque formé par un décollement de la muqueuse rectale.

Le malade, ne voulant pas subir d'opération, sort deux jours après son entrée.

Obs. CDI. — *F. complète. Débridement. Guérison.* — Grosmond (André), quarante-huit ans, journalier, entré le 14 décembre 1874. A eu il y a un an un abcès de la marge de l'anus ouvert spontanément et suivi d'une fistule.

Cette fistule est sous-cutanée. La peau est violacée au pourtour de cet orifice. Le stylet rencontre un décollement assez large au pourtour de l'orifice, et s'engage par un trajet tortueux jusque dans le rectum, où il va sortir à la hauteur de deux phalanges. Suintement continuel d'un liquide séro-purulent.

27 janvier. Débridement avec le bistouri; pansement avec de grosses mèches cératées; cicatrisation complète seulement le 30 janvier.

Obs. CDII. — *Double fistule borgne externe. Débridement. Guérison.* — Doublet (Léonard), quarante-huit ans, entre le 6 février 1874. Il y a deux ans un abcès s'ouvrit spontanément sur le côté gauche de l'anus et donna issue à du pus. Le malade ne souffrait pas en allant à la selle et les matières fécales ne passaient pas par la fistule.

En novembre 1873, il entra salle Saint-Augustin. On fit alors des injections de teinture d'iode par le trajet fistuleux, et quelques jours plus tard le malade se crut guéri et sortit. Un nouvel abcès se forma peu de temps après, et l'obligea à rentrer dans le service.

Sur la partie latérale gauche de la marge de l'anus, au voisinage de la réunion de la muqueuse avec la peau, on constate la présence de deux petits orifices recouverts de bourgeons charnus. Le stylet introduit dans l'un ou l'autre ne rencontre pas l'index placé dans l'anus; on a donc affaire à une double fistule borgne externe. Le malade a une sensation continuelle de prurit au pourtour de l'anus.

11 mars. La sonde cannelée est introduite dans chaque orifice, et une incision est pratiquée avec l'instrument tranchant, de manière à rendre la fistule complète. Pansement simple avec les mèches.

17 avril. Le fond de la plaie est bourgeonnant, et arrive presque au niveau des bords. Le malade peut partir pour Vincennes.

Obs. CDIII. — *F. complète. Débridement. Guérison.* — Manselle (Robert), quarante-cinq ans, voyageur, entre le 7 janvier 1874 pour une fistule anale. Vers la fin du siége, ce malade eut un abcès de la marge de l'anus, qui empiéta bientôt sur le scrotum. Huit mois plus tard, cet abcès s'ouvrit spontanément au dehors et laissa à sa place une fistule borgne externe située sur le raphé médian, au voisinage du scrotum. Le malade continua ses occupations, sans s'inquiéter de cette fistule qui s'ouvrait et se fermait alternativement. Il y a quatre ou cinq mois, un nouvel abcès se forma sur place et fit communiquer la fistule avec le rectum.

A son entrée dans le service, on constate un œdème considérable de toute la partie supérieure du scrotum; une autre fistule communique avec le rectum à 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal.

24 janvier. On incise les trajets fistuleux, et on débride largement jusque dans la partie œdématiée du scrotum. Le pansement consiste dans l'introduction de mèches cératées.

15 février. La plaie bourgeonne et présente un très-bon aspect.

2 mars. La plaie est cicatrisée; le malade peut sortir.

Obs. CDIV.—*F. borgnes externes. Cavernes aux sommets des poumons.* — Feller (Jacob), cinquante-six ans, journalier, entre le 6 janvier 1875. Tuberculeux; mère morte phthisique. Tousse presque toujours depuis deux ans. Sueurs nocturnes; hémoptysies fréquentes. Gargouillement aux deux sommets. Il y a deux ans, deux petites tumeurs dures, indolentes, sont apparues au pourtour de l'anus, et quelque temps après se sont ramollies et ouvertes au dehors par des trajets fistuleux qui ont persisté et donnent encore aujourd'hui un liquide muco-purulent. Ces pertuis ne s'ouvrent pas dans le rectum; leur longueur est de 3 centimètres environ; la suppuration est abondante. Le malade a vu ses forces notablement diminuer depuis l'établissement de ces fistules.

Lotions émollientes. Vin de quinquina et huile de foie de morue. Sort au bout d'un mois. L'état général est un peu meilleur qu'au moment de l'entrée.

Obs. CDV. — *F. borgne externe. Débridement. Guérison.* — Dennefer (Marie), vingt-trois ans, entre le 17 septembre 1874. État général très-satisfaisant. Rien au sommet des poumons. Dix-huit mois avant son entrée, abcès de la marge de l'anus ouvert au bout de trois mois, et ayant donné lieu à une fistule borgne externe.

17 septembre. Incision avec le bistouri. Pansement à plat. Le soir, petite hémorrhagie arrêtée par le tamponnement.

Guérison au bout de huit jours.

Obs. CDVI. — *F. borgne externe. Incision. Guérison.* — Dechambre (Jean-Baptiste), quarante-six ans, marchand d'habits, entre le 2 octobre 1874. Ce malade a eu des bronchites fréquentes, et même une pleurésie qui dura quinze jours. C'est à la suite de cette dernière maladie qu'il sentit une sorte de pesanteur à l'anus, déterminée par une tumeur très-dure et presque indolente. Éprouvant bientôt des élancements, il appliqua des cataplasmes et, huit jours après, un abcès s'ouvrait spontanément, laissant à sa place une fistule borgne externe qui remonte à 6 centimètres environ jusque derrière la muqueuse rectale.

5 octobre. On incise la fistule sur une sonde cannelée. Les suites de l'opération sont très-bénignes. L'état général n'est nullement influencé, et le 28 octobre le malade sort guéri.

CHAPITRE IX

MALADIES DE LA MAMELLE

13 observations : deux abcès, onze tumeurs. — L'un des abcès est survenu dix jours après l'accouchement chez une jeune femme qui allaitait. Il fut ouvert avec le bistouri et guéri au bout de dix jours. L'autre n'apparut que deux mois et demi après la délivrance, chez une femme qui n'allaitait pas ; il s'ouvrit spontanément.

Parmi les tumeurs, trois (deux myxomes et un cysto-sarcome) appartiennent à ces productions que l'on considère ordinairement comme bénignes. Cependant l'une d'elles, développée chez une femme de quarante-deux ans et qui n'avait jamais allaité, récidiva quatre fois après l'ablation avec le bistouri. La dernière opération a été faite dix mois avant la publication de ce travail, et depuis lors, la tumeur n'a pas récidivé.

Les autres tumeurs dont les observations suivent sont : un cancroïde ulcéré du mamelon, détruit complétement avec les caustiques ; six squirrhes lardacés, qui tous furent opérés (quatre avec le bistouri et un avec la pâte de Canquoin). Un fibrome développé chez un jeune homme ; quatre malades guérirent et trois moururent. Parmi ces dernières, l'une succomba au bout de quatre jours, sans frissons et sans symptômes appréciables du côté des organes thoraciques. L'autopsie n'ayant pu être faite, la cause immédiate de la mort nous est restée inconnue. (Obs. CDXV.) Une autre malade mourut par le fait d'une bronchite capillaire ; enfin, une troisième fut emportée par un érysipèle. Cette dernière avait été opérée par le chlorure de zinc. (Obs. CDXVIII.) Le jeune homme chez lequel nous enle-

vâmes, outre sa tumeur de la mamelle, une petite tumeur kystique de l'index, guérit, malgré l'apparition d'un érysipèle. (Obs. CDXIX.) Quant à l'âge auquel se sont développées ces tumeurs, nous trouvons que l'une est apparue chez une femme de quarante-sept ans au moment de la ménopause. Cette femme avait allaité trois fois. Une seconde, chez une femme de quarante ans, qui avait allaité six fois ; cette dernière s'était aperçue de l'existence d'une tumeur du sein cinq ans au moins avant son entrée dans le service. (Obs. CDXIII.)

Enfin, les trois autres furent observées chez des femmes qui n'avaient jamais allaité. L'une âgée de soixante-cinq ans, une autre de cinquante-trois, et une troisième de cinquante-sept.

La malade de l'observation CDXVII portait sur le bras une petite tumeur ulcérée que l'on aurait pu prendre facilement pour un cancer L'examen microscopique démontra que c'était un simple angiome caverneux.

Une remarque importante à laquelle peut donner lieu cette statistique, c'est que la présence des malades dans un milieu nosocomial aggrave de beaucoup le pronostic des affections mammaires. Chez nos 13 malades, nous avons compté 4 érysipèles, dont 3 ont amené la mort. A la même époque, nous avons opéré très-souvent en ville des tumeurs du sein, sans que jamais nous ayons eu affaire à une telle complication. Il nous paraît certain qu'en dehors de l'hôpital, aucune malade n'eût succombé aux suites de l'opération. (Dans nos publications suivantes, nous mentionnerons soigneusement les récidives lorsqu'il s'en présentera.)

Obs. CDVII. — *Abcès du sein droit. Pneumonie intercurrente. Guérison.* — Milard (Eulalie), vingt-trois ans, domestique, entre le 30 mars 1874. Accouchement naturel il y a deux mois et demi. Le douzième jour, elle fut prise d'un point de côté qui nécessita l'application d'un vésicatoire. Ce malaise disparut bientôt. Elle n'a pu allaiter elle-même son enfant, parce qu'elle a trop peu de lait.

Deux mois après l'accouchement, le sein devint douloureux. Cataplasmes émollients. Un abcès s'ouvrit au bout de huit jours.

Elle continua les cataplasmes pendant quinze jours et vint à la consultation.

On constate une induration qui s'étend au-dessous du mamelon à toute la moitié inférieure de la mamelle. La pression est encore assez douloureuse. La peau est tendue, présente une teinte quelque peu violacée et adhère aux parties sous-jacentes. La réaction générale est à peu près nulle. La malade a perdu l'appétit ; mais elle dort assez bien. Cataplasmes.

1 avril. L'abcès s'est ouvert spontanément sur le côté droit du mamelon par deux petits orifices, situés à une distance de 1 centimètre 1/2, Ils donnent passage à un écoulement de pus assez abondant. La malade se sent soulagée.

4. La suppuration continue et l'induration est moins étendue.

6. L'abcès a presque entièrement disparu ; mais la malade a été atteinte hier d'un point de côté qui nécessite l'application de ventouses et d'un vésicatoire. Une pneumonie droite s'est déclarée. Potion de Todd.

10. L'abcès est guéri ; la pneumonie suit sa marche ordinaire.

15. Abcès mammaire guéri. A l'auscultation, râles crépitants de retour. État général excellent.

Sort guérie le 25 avril.

Obs. CDVIII. — *Abcès du sein gauche* — Viez (Aurore), domestique, dix-sept ans et demi, entre le 10 avril 1874. Pâle, affaiblie, d'un tempérament lymphatique. A eu, vers l'âge de huit ans, un peu de suppuration par l'oreille droite.

Elle est accouchée naturellement le 13 mars dernier après une grossesse difficile, dans le cours de laquelle elle avait souvent de la diarrhée et des coliques. Cette malade est sortie de l'hôpital le dixième jour après sa délivrance, pouvant à peine marcher. Après la fièvre de lait, elle a senti son sein gauche durcir ; la sécrétion du lait a cessé, et le sein est devenu le siége de douleurs lancinantes qui ne lui laissaient aucun repos. Pendant quinze jours elle a mis des cataplasmes. Le jour même de son entrée à l'hôpital l'abcès s'est ouvert spontanément ; il en est sorti un verre de pus.

La partie supérieure du sein est le siége d'une tuméfaction considérable. La peau est adhérente, rouge et chaude ; la pression est moins douloureuse qu'elle ne l'était avant l'ouverture de l'abcès.

On élargit l'ouverture avec le bistouri pour faciliter l'écoulement purulent. Il en sort un mélange de pus de lait.

Toniques. Cataplasmes.

11 avril. La plaie suppure beaucoup, la malade a un peu reposé cette nuit ; la fièvre a diminué. L'appétit revient un peu. P = 90.

14. Le sein est bien moins volumineux ; l'induration disparaît ; la peau, moins chaude, redevient mobile par place. La malade mange assez bien. P = 90 (petit).

16. Le mieux continue. P = 80.

18. L'abcès ne suppure plus ; la plaie se ferme ; la malade sent ses forces revenir ; l'appétit est bon. P = 80.

20. La malade, guérie, part pour le Vésinet.

Obs. CDIX. — *Myxome du sein droit (quatrième récidive). Ablation. Guérison.* — Rimolly (Constance), quarante-neuf ans, domestique, entre le 3 mai 1875. Réglée à treize ans. Pas de grossesse, ménopause à quarante ans. A cette époque, apparition d'une première tumeur enlevée en ville. Depuis lors, quatre rédicives (y compris la tumeur actuelle). La dernière opération a été faite il y a trois mois, et la récidive est survenue au bout d'un mois.

Au côté externe du sein, non plus sous la peau comme précédemment, mais dans la peau elle-même, existe un véritable champignon pédiculé ressemblant à un gros bourgeon charnu saignant aisément et qui se serait développé sur place. Il est rouge, peu résistant ; sa surface est irrégulière et mamelonnée, sans épiderme, et laisse suinter une espèce de sérosité plastique qui se coagule à l'air.

La peau du sein présente les cicatrices des incisions faites pour enlever les deux tumeurs antérieures. Les ganglions axillaires sont volumineux. L'état général est satisfaisant, bien que ces récidives aient un peu affaibli la malade.

8 mai. Ablation de la tumeur avec le bistouri. On circonscrit le pédicule par une incision curviligne et on le détache, puis on panse à plat.

Examen de la tumeur. — Elle présente à la coupe une apparence papillaire. Au microscope, on voit que c'est un myxome pur, offrant un riche réseau de cellules anastomosées dans une substance fondamentale muqueuse. La masse est parcourue par de nombreux capillaires (M. Ranvier).

Guérison complète de la plaie au bout de quatorze jours. On a revu la malade au mois de novembre 1875 et au mois de janvier 1876 ; la tumeur n'avait pas récidivé.

Obs. CDX. — *Myxome végétant du sein gauche. Ablation avec le bistouri. Érysipèle. Mort.* — L'huillier (Henriette), quarante-huit ans, entre le 22 juin 1874. S'aperçut il y a un an qu'elle portait au-dessus du mamelon une petite tumeur du volume d'une noisette, dure, peu douloureuse, mobile sous la peau.

Cette tumeur, offrant aujourd'hui le volume d'une mandarine, est placée au-dessus du mamelon qui a conservé son état normal. La peau qui la recouvre, un peu adhérente et plissée au sommet, présente une teinte bleuâtre qui rappelle celle d'un kyste sanguin. Toute la mamelle est le siége des douleurs lancinantes à retours irréguliers. Rien dans les ganglions.

11 juillet. On enlève la tumeur en faisant une incision double et curviligne. Réunion immédiate sauf dans la partie déclive où est placé un drain pour l'écoulement du pus. Hémostase avec les pinces (pas de ligatures).

Examen de la tumeur. — Après l'ablation, elle présente la forme d'un ovoïde dont le grand axe mesure 8 centimètres. La masse est constituée par des végétations jaunâtres ressemblant à des lobules graisseux. En certains endroits, on voit des lacunes assez étendues. Dans la peau qui la recouvre se trouvent des masses myxomateuses irrégulières. La tumeur contient deux masses adénoïdes l'une dure, l'autre molle. La portion de la glande enlevée avec elle est formée de graisse, sans tractus fibreux. Tout semble constitué par des végétations développées tardivement dans des kystes. D'après l'examen microscopique, la tumeur est un *myxome végétant* (M. Malassez).

Rhum et sulfate de quinine. Rien à noter pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

14 août. On enlève les épingles, le pus s'écoule facilement par le drain.

26. On remarque une rougeur érysipélateuse autour de la plaie. La malade a eu un peu de fièvre. Purgatif. Rhum. Sulf. quin. 0,50. Teint. d'arnica.

28. L'érysipèle gagne le creux de l'aisselle et la paroi thoracique. P = 100, TA. 38°,4. Badigeonnage avec éther et essence de térébenthine à parties égales. Poudre d'amidon.

30. Fièvre. L'érysipèle s'est étendu et a gagné le dos. Même traitement.

31. Même état. P = 120. T. 38°,5. Agitation pendant la nuit. Langue sèche.

1er août. Frisson. Délire. P = 130.

2. Même état. L'érysipèle s'éteint dans le dos, mais prend le bras. P = 150.

4. Délire. Mort à sept heures du matin.

Obs. CDXI. — *Cysto-sarcome (tumeur adéno-kystique) du sein gauche. Ablation avec le bistouri. Érysipèle. Mort.* — Wlimer (Marie), cinquante-cinq ans, sans profession, entre le 3 juillet 1874. Réglée à treize ans, elle a toujours eu une menstruation régulière et n'a point eu d'enfants. Ménopause à cinquante ans.

Il y a dix-huit mois, en passant près d'un meuble, elle se donna un coup au sein; la douleur persista quelques jours, mais il y avait déjà longtemps qu'elle ne ressentait plus rien, lorsqu'il y a environ cinq mois elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur du sein gauche. Elle était indolente, mais grossit rapidement et atteignit bientôt le volume d'une tête d'enfant.

Elle occupe la partie supérieure du sein gauche et donne un aspect irrégulier à sa surface. Elle présente également sur un point une teinte bleuâtre semblable à celle d'un kyste sanguin. Aucune inflammation dans les parties voisines. La mamelle est complétement indépendante de la couche celluleuse et de la couche musculaire sous-jacentes. On trouve tous les caractères des tumeurs adéno-kystiques. Pas de rétraction du mamelon. Rien dans les ganglions de l'aisselle.

11 juillet. Ablation avec le bistouri. Le kyste contient du sang en caillots et un peu de tissu glandulaire. Le reste de la glande ne paraît pas intéressé.

13. Se plaint de souffrances très-vives dans le sein gauche. N'a pu dormir. Soif continuelle et très-vive. La peau est chaude, la langue blanche. P = 108. Boissons légèrement acidulées.

15. Douleurs et tiraillements. Fièvre le soir et la nuit. Pas de frisson. Grande agitation. Langue sale. Soif toujours vive. La suppuration se fait lentement. P = 112.

16. On retire les aiguilles, et on les remplace par des bandelettes collodionnées.

18. La douleur est toujours très-aigue, la plaie s'est réunie par première intention dans sa partie supérieure, mais les autres parties sont un peu sèches. Pas de rougeur dans le voisinage.

20. A eu un frisson très-léger hier soir; la suppuration est peu abondante. Les bords de la plaie sont chauds; on constate une légère teinte érysipélateuse. P = 120.

21. L'érysipèle occupant toute la moitié gauche du thorax, la malade est transportée dans une salle d'isolement.

22. A passé une assez mauvaise nuit. Même fréquence du pouls. Peau chaude. Inappétence absolue. Souffre beaucoup de la plaie.

25. L'érysipèle s'est étendu au bras. La fièvre persiste. P. = 124; serré et fréquent.

26. A eu un peu de cauchemar la nuit; l'aspect de la plaie est blafard. Suppuration fétide.

28. La malade a succombé dans la journée.

Obs. CDXII. — *Cancroïde du mamelon. Cautérisation le 29 août avec la pâte de Vienne. Guérison.* — Rigaud (Cécile), cinquante et un ans, brodeuse, entre le 20 août 1874. Femme pâle, lymphatique, sans antécédents diathésiques. Cette malade est atteinte depuis six ans, époque

de la ménopause, d'une ulcération qui a gagné toute l'aréole du sein droit. Il y eut d'abord un petit bouton, puis plusieurs qui se couvraient d'une croûte mince, aplatie, jaune pâle, et qui venant à tomber, laissaient suinter un liquide jaune citrin. Le mal suivit ce mode de développement pendant trois ans avec alternatives de mieux ou de recrudescence. Depuis lors, l'ulcération qui avait débuté par le centre, s'est agrandie. Elle est aujourd'hui irrégulière, assez superficielle, mais présente plusieurs points profonds. On voit quelques papilles hypertrophiées qui arrivent jusqu'à la peau, d'autres sont érodées. L'ulcération est cependant bien limitée à la surface des téguments. On remarque quelques petites taches rouges, et des îlots de peau ramollie, pâles, nacrés, ressemblant à des plaques muqueuses. Près du mamelon, à gauche, se trouve un véritable champignon, de couleur grisâtre, à bords relevés, déprimé au centre et tapissé de petites granulations rosées. Les ganglions de l'aisselle sont sains. La malade a suivi un traitement médical de plusieurs mois dans le service de M. Guibout qui croyait à une variété d'eczéma. Le résultat n'a pas été satisfaisant.

27 août. La malade, redoutant l'instrument tranchant, on se borne à faire une vigoureuse application de pâte de Vienne maintenue sur toute l'aréole pendant quinze minutes. On obtient ainsi une eschare profonde qui s'élimine le 6 septembre. Il reste une plaie à fond rosé qui suit la marche régulière des plaies de ce genre. Une suppuration franche s'établit. Pansement simple avec le cérat.

15 septembre. Le fond de la plaie bourgeonne.

20. Quelques points cicatriciels apparaissent.

1er octobre. La suppuration est complétement tarie, il reste un tissu cicatriciel très-mou, mais de bon aspect, recouvert de quelques croûtes minces. La malade sort le 9 octobre. Le 10 novembre à la consultation, on peut voir la cicatrice arrivée à sa complète formation. Quelques brides rétractent la peau environnante vers le centre. La santé générale est bonne; la douleur est disparue; les ganglions sont sains.

Obs. CDXIII. — *Squirrhe lardacé (sein gauche). Ablation avec le bistouri. Guérison de la plaie.* — Barthélemy (Françoise), quarante ans, entre le 22 février 1874. A toujours été bien réglée depuis l'âge de onze ans et l'est encore aujourd'hui. Elle a eu six enfants qu'elle a allaités et qui sont tous bien portants. Parents d'une bonne santé.

Il y a cinq ans, la malade reçut un coup de coude sur le sein; trois semaines après elle remarqua sur le bord du sein, vers le côté externe, une petite tumeur profondément située, grosse comme une noisette, dure, adhérente aux tissus profonds et indolente. Cette tumenr disparut pendant deux ans.

Il y a trois ans, la malade la vit reparaître avec les mêmes caractères.



mais cette fois douloureuse. Elle resta stationnaire pendant assez longtemps, et depuis un an seulement elle a grossi rapidement, s'est rapprochée de la peau qui, depuis six mois, fait corps avec la tumeur, s'est enflammée, et a donné lieu à un petit abcès qui s'est ouvert spontanément.

Lorsque la malade se présente le 28 février pour être opérée elle porte au-dessus du mamelon, vers le côté externe de la glande, une tumeur de la grosseur d'une orange : une petite ulcération à fond grisâtre siége immédiatement au-dessus du mamelon. La peau est violacée au pourtour. La glande envahie par la production squirrheuse et diminuée de volume. Pas de ganglions dans l'aisselle.

2 mars. On enlève la tumeur avec le bistouri.

Examen de la tumeur : A la coupe on distingue à l'œil nu sur un des côtés du sein une masse de la grosseur d'un œuf de pigeon, radiée, dure, franchement squirrheuse, de l'autre côté une masse d'apparence sarcomateuse, grisâtre, demi-molle, du volume d'un œuf de poule et parsemée d'îlots adipeux. Au microscope, on trouve que c'est un *carcinome fibreux* (squirrhe).

3. La peau est chaude et sèche. Soif ardente : bon appétit. Sulfate de quinine 0,50. Rhum 150 grammes. P = 98.

6. La suppuration s'établit dans de bonnes conditions : les bords de la plaie sont rosés. Pouls normal. Appétit.

Dans les jours qui suivent, la plaie commence à se cicatriser, et le 16, la malade peut sortir. La réunion a été complète quinze jours plus tard.

Obs. CDXIV.— *Squirrhe lardacé du sein gauche. Ablation. Guérison.* — Pouligny (Aglaé), cinquante-trois ans, entrée le 15 mars 1874. Il y a quatre ans, elle remarqua une grosseur au sein gauche, profondément située et du volume d'une noisette. Depuis deux ans, la tumeur a augmenté de volume et est devenue le siége de douleurs lancinantes.

Aujourd'hui, la presque totalité de la glande est envahie par une production squirrheuse du volume d'un gros œuf de poule, dure, bosselée, située immédiatement au-dessous du mamelon non rétracté. Bien qu'adhérente par places, la peau n'est pas ridée : rien dans les ganglions de l'aisselle. La tumeur abaisse le sein qui a une flaccidité plus grande que celui du côté opposé.

21 mars. L'ablation est faite à l'aide d'une incision circulaire embrassant la presque totalité de la glande.

A la coupe le tissu de la tumeur ressemble assez bien à l'encéphaloïde. La tumeur arrive jusque sous la peau qui paraît saine. La masse est creusée de petites cavités kystiques, très-vasculaires et de couleur rouge foncé. Par le raclage une grande quantité d'ichor suinte à la surface de la coupe.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Réunion immédiate

des deux tiers supérieurs de la plaie; une mèche est introduite à la partie la plus déclive pour l'écoulement du pus.

Cinq jours plus tard, les deux tiers réunis étant cicatrisés la malade quitte le service et se fait panser chez elle.

Guérison complète au bout de dix jours.

Obs. CDXV. — *Squirrhe lardacé (sein gauche). Ablation. Mort au bout de quatre jours sans frissons.* — Martin (Madelaine), soixante-cinq ans, entre le 7 octobre 1874 pour un squirrhe du sein gauche. Cette malade n'accuse aucun antécédent pathologique; elle est très-forte, d'une santé générale satisfaisante malgré une polysarcie très-prononcée. Il y a trois ans, dit-elle, elle remarqua, sans cause connue, dans le sein gauche, un peu au-dessus du mamelon, une petite grosseur du volume d'une noisette, dure, indolore, mobile sous la peau. Cette tumeur augmenta progressivement de volume et n'occasionna quelques douleurs lancinantes qu'à la fin de la seconde année de son développement. Depuis un an elle a atteint le volume du poing, les douleurs sont devenues plus vives, la peau a contracté des adhérences avec la tumeur, et on ne peut la pincer sans prendre celle-ci en même temps. Il y a trois mois, la peau s'est amincie, est devenue rouge, très-sensible au toucher près du mamelon; elle s'est fendillée un peu au-dessus et une ulcération a fini par se former donnant lieu à l'écoulement d'un peu de liquide incolore et fétide.

Elle est aujourd'hui superficielle, de la grandeur d'une pièce de 5 francs; la peau est bleuâtre, amincie, à 2 ou 3 centimètres autour d'elle, et plus loin on remarque un développement exagéré des veines cutanées. Le fond de l'ulcération est d'un rose brun, sans bourgeons charnus. Le mamelon ratatiné s'enfonce dans la tumeur. Celle-ci, très-volumineuse, est dure, irrégulièrement bosselée, douloureuse à la pression, peu mobile à la base. Dans l'aisselle on ne trouve pas de ganglions engorgés.

L'ensemble de ces caractères indique un squirrhe de la plus mauvaise espèce. La malade est tellement tourmentée par les douleurs lancinantes qu'elle ne peut supporter l'existence dans ces conditions. L'extirpation est décidée.

14 novembre. On incise largement les téguments à cause des adhérences que la peau présente autour de l'ulcération. La presque totalité de la glande mammaire est enlevée, car pendant l'opération on s'aperçoit que la tumeur envoie des prolongements dans toute la glande. Pas d'hémorrhagie.

La coupe offre une teinte d'un blanc nacré; on ne trouve aucun suc à la surface. Elle est composée d'un tissu squirrheux, rayonnant, lardacé et criant sous le scalpel.

Les lèvres de la plaie sont réunies par cinq points de suture métalli-

que avec une mèche à la partie déclive pour faciliter l'écoulement des liquides. Quelques pinces hémostatiques sont laissées jusqu'au soir sur les principaux vaisseaux.

15 et 16. La malade ne présente rien de particulier. Réaction franche, sans fièvre.

17. Elle est un peu abattue, ne se plaint pas de douleurs mais manque absolument d'appétit et de sommeil. P = 94. Dès le jour de l'opération elle a été soumise au traitement des opérés, rhum, 50 gr.; sulfate de quinine, 0gr,50.

18, matin. La malade est très-abattue, ne répond point aux questions qu'on lui adresse. P = 96. Même traitement. Les points de suture sont enlevés. Dans la nuit et la journée, la malade a été littéralement baignée de sueur. Langue saburrale. On prescrit un ipéca. Les sueurs ne cessent pas et la malade meurt le soir même sans autres symptômes. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. CDXVI. — *Squirrhe (sein droit). Mort par bronchite capillaire cinq jours après l'opération.* — Vailthey (Marie), giletière, cinquante-sept ans, entre le 27 avril 1874. A ce moment elle présente outre son affection mammaire une blépharite ciliaire chronique et un eczéma de la conque de l'oreille droite, remontant à huit ans. Menstruation à treize ans; ménopause à quarante-sept; trois grossesses, sur lesquelles deux avortements. Pas d'allaitements.

Dans les premiers jours du mois de novembre dernier, elle ressentit une sorte de pression dans la région du sein droit et fut obligée de se débarrasser de son corset. Jusqu'alors elle n'avait jamais remarqué que ce sein offrît un volume plus considérable que le gauche. En même temps apparurent des douleurs dans l'aisselle droite. Le sein, depuis lors, a peu augmenté de volume. Il est devenu, il y a trois mois, le siége de douleurs lancinantes, revenant à des intervalles irréguliers et s'irradiant vers l'épaule et le bras du même côté. A partir de cette époque, elle a remarqué que ses forces diminuaient d'une manière appréciable et qu'elle maigrissait.

Les deux seins sont naturellement très-volumineux. Le sein droit est le siége d'une tumeur occupant la partie supérieure de la glande, ainsi que le mamelon qui a presque disparu et se trouve au niveau de la peau. La tumeur a débuté par la partie supérieure de la glande ; elle n'offre presque pas d'adhérences avec la peau ; celle-ci a conservé sa coloration normale, sauf sur la partie interne de la mamelle où il est facile de reconnaître qu'elle glisse difficilement sur la tumeur qui a le volume d'un œuf de dinde et est aplatie. Sous l'aisselle on a la sensation de plusieurs ganglions engorgés, et qui remontent très-haut vers la clavicule.

2 mai. On enlève la mamelle en totalité, puis les ganglions superficiels

de l'aisselle ; on sent ensuite un autre ganglion qui paraît se rattacher à l'artère sous-scapulaire et se prolonger autour de l'artère et des deux veines humérales. On l'extrait et l'on voit que les veines faisaient corps avec cette tumeur. L'artère et les nerfs paraissent indépendants. Pas d'hémorrhagies grâce aux pinces hémostatiques.

Examen de la tumeur. — Peu de sucs. Pas de prolongements dans le tissu graisseux. Carcinome du sein. Infection par les lymphatiques remplis de grandes cellules épithéliales. Dans les ganglions : lymphatiques cancéreux et masses cancéreuses (M. Malassez).

3. Fièvre toute la nuit. P = 90. Boissons alcooliques, sulfate de quinine, alcoolature d'aconit.

4. A passé une assez mauvaise journée ; pas d'appétit ; la langue est sale, la peau chaude. P = 100. La malade, qui était atteinte d'une bronchite chronique, tousse beaucoup aujourd'hui et respire difficilement.

6. A eu la fièvre toute la nuit ; le pouls est très-fréquent. P = 120 (petit, serré). La journée d'hier a été très-mauvaise. N'a pu encore dormir un instant ; le délire l'a prise hier et ne la quitte pas. Dyspnée très-intense ; submatité à la base des deux poumons. Râles sous-crépitants au même niveau ; la face se cyanose. Respiration stertoreuse. Mort le 7 mai.

Obs. CDXVII. — *Squirrhe lardacé du sein gauche. Angiome ulcéré du bras. Ablation. Guérison des deux tumeurs.*— Meyer (Thérèse), quarante-sept ans, couturière, entre le 4 juin 1875. Bien réglée depuis l'âge de quatorze ans. Ménopause il y a huit mois ; cinq grossesses normales ; trois allaitements. La maladie a débuté au moment de la ménopause. La tumeur avait la grosseur d'une noisette quand la malade l'aperçut ; en six semaines elle a atteint le volume qu'elle offre aujourd'hui.

Le sein gauche présente une tumeur du volume d'une orange, dure, résistante, douloureuse à la pression, bosselée dans toute son étendue, immobile sur le grand pectoral qu'on peut, pour ainsi dire, entraîner avec la mamelle. Le mamelon n'est pas sensiblement rétracté : il est aplati, mais celui du côté droit présente à peu près la même disposition. La peau est saine, c'est à peine s'il y a une ou deux veinules apparentes ; elle est encore mobile à la surface de la tumeur, mais cette mobilité n'est pas aussi franche qu'elle l'est normalement. L'aisselle ne paraît pas déformée, la cavité est libre. Les ganglions sont augmentés de volume.

Une particularité intéressante à noter, c'est qu'il existe une autre petite tumeur dont le début remonte à trois ans. Celle-ci est située au niveau de l'insertion brachiale du deltoïde. Cette tumeur se présente sous la forme de trois tubercules épithéliaux ulcérés qui ont envahi le derme. Ils sont recouverts d'écailles sébacées qui s'enlèvent facilement et laissent voir une surface rosée et bourgeonnante.

Cette malade se trouve aujourd'hui dans un état d'affaiblissement très-marqué qu'elle attribue aux pertes qui ont signalé l'époque de la ménopause.

6 juin. Ablation des tumeurs du sein et du bras avec le bistouri. La mamelle est circonscrite par une incision, puis on l'enlève en totalité. — A l'intérieur, alcool et sulfate de quinine. Même pansement que les précédents.

A l'examen microscopique la tumeur du sein est un *carcinome*, celle du bras un *angiome* (M. Ranvier).

7. Sueurs profuses. TA. 37,8. P = 90. Soif vive. Pas de douleurs au niveau de la plaie.

8. T. 37,6. Même état.

11. T. 37,2. P = 80. Bon appétit. Plaie rosée. Peu de suppuration. Depuis lors les forces reviennent, la cicatrisation marche régulièrement. La petite plaie du bras fut guérie au bout de huit jours, celle du sein au bout de dix-sept.

Obs. CDXVIII. — *Cancer du sein droit. Ablation. Récidive quatorze mois plus tard. Ablation avec le caustique. Érysipèle. Mort.* — Narbonne (Victorine), cinquante-cinq ans, couturière, entre le 23 janvier 1875.

Cette malade, réglée à douze ans, a eu quatre enfants qu'elle a allaités. Aucun de ses parents n'est mort d'affection cancéreuse.

Il y a douze ans la tumeur commença sous la forme d'un petit tubercule induré, situé à 3 centimètres du mamelon, vers la partie supérieure et externe du sein droit. On l'enleva six mois après; la récidive se fit dans l'angle externe de la cicatrice quatorze mois plus tard.

La nouvelle tumeur a grossi rapidement et présente, à l'entrée de la malade, l'aspect d'un champignon carcinomateux. Les bords sont aplatis, renversés, et au milieu existe une ulcération en puits qui donne un ichor d'une odeur fétide. L'état général est bon, sauf une teinte jaunâtre des téguments. Rien dans les ganglions de l'aisselle.

24 février. On procède à l'ablation avec les caustiques. On trace autour de la base de la tumeur un cercle avec la pâte de Vienne, puis on enfonce dans ce cercle un certain nombre de flèches de pâte au chlorure de zinc, de manière que la mamelle se trouve ainsi en grande partie détachée. A l'intérieur, sulfate de quinine 0,50. Vin de quinquina. Au moment où les flèches commencent à tomber, érysipèle autour de la plaie. Liniment formé par un mélange à parties égales d'éther et de térébenthine. P = 120. On isole la malade. L'érysipèle s'arrête le 1er mars, mais l'état général reste mauvais. P=100. Langue sale, appétit nul, amaigrissement.

Mort le 3 mars.

Obs. CDXIX. — *Fibrome du sein chez un jeune homme de seize ans. Petit abcès de l'annulaire formé autour d'un fragment de cuivre. Ablation des deux tumeurs. Érysipèle. Guérison.* — Dazard (Gustave), bijoutier, seize ans, entre le 6 avril 1875 pour une tumeur du sein droit qui s'est développée depuis quatre mois. Vers la même époque est apparue à la racine de l'annulaire de la main droite une autre petite tumeur. Ce malade est d'ailleurs bien constitué et jouit d'une bonne santé habituelle.

La tumeur du sein s'est développée rapidement. Elle avait, il y a un mois, le volume d'une noisette; aujourd'hui elle atteint celui d'une châtaigne. Elle est située un peu en dehors du mamelon et immédiatement au-dessous de lui. La peau qui la recouvre est lisse. La tumeur convexe, dure, bien limitée, n'adhère ni à la peau ni aux parties profondes. Elle n'est pas douloureuse. La santé générale n'a subi aucune altération.

On saisit facilement la tumeur entre deux doigts, et c'est de cette manière que l'on peut facilement saisir la différence de volume des deux seins. La peau a conservé ses caractères normaux. La tumeur n'est le siége d'aucune douleur, même à la pression.

Près de la racine de l'annulaire de la main droite, on trouve une tumeur du volume d'un gros pois et occupant le côté interne. La peau est bleuâtre. La tumeur semble accolée au tendon et présente une consistance kystique.

Pendant deux mois, le malade a fait chaque jour et sans résultat des badigeonnages de teinture d'iode sur les deux tumeurs.

10 avril. Ablation de la tumeur du sein avec le bistouri. On enlève de même celle du doigt.

Cette dernière, formée par un petit kyste, est fixée sur le bord externe du tendon de l'extenseur propre de l'index. Sutures étranglées des deux plaies.

L'examen microscopique a montré que la tumeur du sein était un fibrome; les éléments glandulaires étaient écartés les uns des autres par hypertrophie de la charpente fibreuse de l'organe; celle du doigt, un petit abcès enkysté formé autour d'un éclat de cuivre.

Frissons le soir. On enlève les épingles, qu'on remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée. Rhum, 200 grammes; sulfate de quinine, 0,50 centigrammes.

13. Soif vive; peu d'appétit. Rougeur autour de la plaie. Suppuration peu abondante. P=100. TA. 38.

14. La rougeur s'étend sur la poitrine. Plaie sèche. Quinine. Badigeonnage avec éther et térébenthine. P=116. T. 38,8.

16. Érysipèle gagnant toute la poitrine en avant. Même traitement. Purgatif.

20. L'érysipèle s'étend au bras,

22. L'oreille droite est rouge, ainsi que la moitié de la face du même côté. P=120. T. 38,8.

24. La face entière est prise, ainsi que le cuir chevelu. Desquamation sur le thorax.

26. Même état.

28. La rougeur a disparu. P=100. T. 38.

1er mai. La desquamation se fait sur toute la face. L'appétit et le sommeil reviennent. Pansement simple de la plaie.

Le 8, le malade quitte le service complétement guéri.

CHAPITRE IX

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

§ I

SEXE MASCULIN

Nous réunissons dans un même tableau les retrécissements uréthraux, et nous résumerons rapidement avant ces tableaux les conclusions qui en découlent. Les autres observations sont au nombre de vingt-huit, dont :

Cystites chroniques	2
Cryptorchidie avec névralgie scrotale	1
Epididymites	6
Tubercules du testicule	2
Hydrocèles	14
Phimosis	3

Une des cystites fut observée chez un jeune homme de dix-huit ans. Elle était apparue sans cause connue six mois avant son entrée (obs. CDXX). L'état général était, d'ailleurs, mauvais ; il avait des sueurs nocturnes et de la diarrhée. Cependant l'auscultation et la percussion ne montraient rien du côté des poumons. Médication générale tonique. (Huile de foie de morue, vin de quinquina.) Le traitement local consista en bains locaux et en eau de goudron. Il quitta le service au bout de deux mois ; son état général s'était sensiblement amélioré.

L'autre malade atteint de cystite était un homme de soixante-cinq ans, alcoolique, et qui avait eu plusieurs blennorrhagies.

Il fut traité par les bains locaux, les bains de siége et les balsamiques à l'intérieur (obs. CDXXI).

Toutes les inflammations de l'épididyme et du testicule, sauf une seule, étaient consécutives à la blennorrhagie. Une se présenta chez un malade qui avait contracté la blennorrhagie un an auparavant et qui avait conservé une légère blennorrhée. Il avait déjà eu trois mois auparavant une épididymite. Le repos, l'élévation des bourses et les frictions mercurielles suffirent pour amener la guérison.

Dans un cas pourtant, la réaction fébrile et les symptômes inflammatoires locaux étaient tellement marqués que l'on dut appliquer six sangsues.

L'inflammation était, chez un malade, d'origine traumatique, les bourses avaient été serrées contre un tonneau, il y avait une ecchymose scrotale ; le testicule et l'épididyme étaient volumineux, tout disparut en huit jours par le repos et l'élévation des bourses (obs. CDXXVIII).

Des quatorze hydrocèles, huit occupaient le côté gauche et six le côté droit, une était congénitale, cinq étaient apparues sans cause connue dans un espace de temps variant de un à cinq mois ; cinq, depuis plusieurs années (une de ces dernières remontait à vingt ans). Cinq avaient été ponctionnées une ou plusieurs fois avant l'entrée des malades dans le service. Les traitements employés furent les suivants:

Ponction simple	2
Ponction et injection iodée	4
Ponction, injection iodée et compression légère avec des bandelettes de sparadrap	3
Ponction et suspension du scrotum	1
Ponction et injection d'une solution de nitrate d'argent.	4

Tous ces malades guérirent dans un temps variant de cinq à quinze jours.

Une ponction avec injection de teinture d'iode fut suivie d'une réaction inflammatoire très-intense qui disparut au bout de quatre jours. On observa également cette réaction à la suite de deux injections de nitrate d'argent,

A. — Vessie.

Obs. CDXX. — *Cystite chronique.* — Dupont (Eugène), dix-huit ans, ciseleur, entré le 26 décembre 1875.

Depuis six mois, ténesme vésical, douleurs hypogastriques profondes, s'irradiant vers le périnée et le gland. Aujourd'hui, les envies d'uriner sont fréquentes ; il y avait rétention d'urine d'abord, puis, au mois de décembre, est venue l'incontinence. L'urine était louche, avec des flocons en suspension. Après une heure de repos dans le vase, l'urine présentait un dépôt épais, jaunâtre, sans transparence. La prostate paraissait saine. Amaigrissement, sueurs nocturnes ; néanmoins rien dans les poumons ni dans le testicule.

Bains de siége. Injections d'eau de goudron. Capsules de térébenthine. Vin de quinquina, huile de foie de morue. Sort le 20 février, légèrement amélioré.

Obs. CDXXI. — *Cystite chronique.* — Robert (Victor), soixante-cinq ans, employé de commerce, entré le 15 avril 1875.

Habitudes alcooliques. Plusieurs blennorrhagies. Depuis deux mois, douleurs profondes dans l'hypogastre, avec envies fréquentes d'uriner. Dyspepsie habituelle.

Aujourd'hui, le malade éprouve des envies d'uriner presque toutes les heures ; la miction est pénible, et la quantité de liquide expulsé est parfois insignifiante ; il n'y a pas d'incontinence. La pression sur l'hypogastre détermine quelques douleurs sourdes et peu accusées. L'urine a un reflet légèrement blanchâtre, sans filets de sang. Après quelque temps, on voit au fond du vase un dépôt considérable de muco-pus. Le cathétérisme est assez pénible pour le malade, mais il ne révèle nulle part la présence d'un calcul.

Bains généraux. Eau de goudron à l'intérieur. Injections d'eau de pavot. Le malade sort au bout d'un mois. Son état s'est notablement amélioré.

B — Urèthre.

Les malades atteints d'affections aiguës ne sont pas entrés dans le service. Ceux que nous mentionnons ici avaient des ré-rétrécissements anciens. La plupart de ces rétrécissements étaient de nature inflammatoire. Chez un malade on a noté quatre blennhorragies, toutes traitées par les injections astringentes ; chez un autre, trois ; chez six, deux. Trois autres ma-

lades avouaient plusieurs blennhorrhagies sans en indiquer exactement le nombre. Au moment de l'entrée, un seul avait des accidents aigus. Il était atteint depuis deux mois d'une blennorrhagie (obs. 425, tab. XLIV).

Deux malades niaient toute espèce d'affection uréthrale antérieure. Quatre malades avaient été traités déjà pour leur rétrécissement ; deux par la dilatation progressive ; un par la divulsion ; un avait subi une uréthrotomie interne dix mois avant son entrée dans le service (obs. 435, tab. XLVI). Un malade avait eu un chancre du canal (obs. 445, tab. XLVIII). Chez un autre, le rétrécissement paraissait de nature assez douteuse. Il avait eu anciennement une blennorrhagie, mais un peu plus tard, à la suite d'une chute sur le périnée, il avait rendu du sang par l'urèthre (obs. 446, tab. XLVIII).

Quatre de ces rétrécissements siégeaient à 14 cent. du méat, un à 12 cent., un autre à 12 cent. 1/2, un à 13, un à 14, enfin chez un malade qui avait plusieurs rétrécissements, le dernier descendait jusqu'à 5 cent. du méat (obs. 440, tab. XLVII).

Dans les autres cas, sans indiquer par la mensuration le point précis du rétrécissement, on a noté deux fois qu'il occupait la portion bulbeuse, deux fois l'union de la portion membraneuse et de la portion bulbeuse, trois fois la portion membraneuse ; un rétrécissement cicatriciel (obs. 444, tab. XLVII) siégeait au méat.

Au moment de l'entrée on trouva deux malades chez lesquels il était impossible de franchir le rétrécissement, l'un d'eux avait un abcès urineux dans lequel s'engageaient les sondes à chaque cathétérisme ; on évacua par une ponction avec le bistouri le foyer de cet abcès (obs. 429, tab. XLV). Chez un autre on fut obligé pendant huit jours de vider la vessie par deux ponctions quotidiennes (obs. 441, tab. XLVII).

Chez trois malades, le n° 3 de la filière Charrière ne pouvait franchir le rétrécissement. Chez trois on ne pouvait passer le n° 4, chez deux le n° 5 ; chez deux autres le n° 5 ; chez cinq le n° 6 ; enfin chez les autres les rétrécissements étaient infranchissables. Chez tous on tenta d'abord la dilatation progres-

sive. Elle fut insuffisante dans sept cas, et sur ces derniers nous fîmes quatre fois la divulsion, trois fois l'uréthrotomie interne.

Tous les malades guérirent sauf deux dont l'un mourut de phthisie pulmonaire (ce malade avait en outre des tubercules de la prostate (obs. 433, tab. XLVI). L'autre succomba à une hémorrhagie rénale (obs. 432, tab. XLIV).

Tab. XLIV.

Nos d'ordre.	NOM age profession.	DATE de l'entrée	ANTÉCÉDENTS.	NATURE ET SIÉGE du RÉTRÉCISSEMENT.	DÉBUT ET MARCHE de LA MALADIE.
422	Finot, 42 ans, garçon de magasin	6 février 1874.	Trois blennorrhagies de 20 à 25 ans, traitées localement par le sulfate de zinc. Il y a 5 ans, quatrième blennorrhagie guérie en 6 semaines sans injections.	Rétrécissement siégeant à 14 centim. du méat.	Depuis dix-huit. mois, dysurie san[s dou]leurs le long du canal. Ischurie depuis quelque temps.
423	Mercier, 51 ans, mécanicien.	26 février 1874.	Blennorrhagie à 19 ans.	R. inflammatoire au niveau du bulbe.	Il y a quatre ans apparition d'inconti[nence] cathétérisme et dilatation progr[essive] d'un rétrécissement constaté alors [gué]rison assez rapide. Depuis quatr[e …] incontinence.
424	Bogard, 23 ans, taillandier.	9 février 1874.	Pas de blennorrhagie?	R. de nature siégeant à 12 centim. du méat.	Ischurie il y a un an. Depuis sept m[ois] même phénomène s'accompagne d'[incon]tinence.
425	Maréchal, 18 ans, mécanicien.	15 mai 1874.	Blennorrhagie durant depuis 2 mois et traitée par des injections astringentes. Deux blennorrhagies antérieures.	R. de la portion prostatique.	Début brusque il y a un mois et de[mi …] une rétention incomplète d'urine.
426	Soutil (Armand), 30 ans, placier.	3 avril 1874.	Blennorrhagie 1 an auparavant traitée par les injections au sulfate de zinc et le copahu à l'intérieur.	Id.	Au mois de juillet 1873 douleurs très[…] au moment de la miction. Rét[ention] complète d'urine. Cathétérisme. [Sonde] laissée à demeure pendant qu[…] heures. Depuis lors, toujours d[ys]churie. La nuit dernière strangurie [com]plète ayant débuté brusquement. Il [veut] se sonder lui-même comme préc[édem]ment. Par suite des efforts de mict[ion il] s'est fait une hernie inguinale gauc[he].

ÉTAT DU MALADE [A]U MOMENT DE SON ENTRÉE.		TRAITEMENT		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
[S]YMPTÔMES [P]HYSIQUES.	SYMPTÔMES FONCTIONNELS.	NATURE.	SUITES.		
Boug[ie] du n° 3 de la fil[ièr]e Charrière ar-rê[tée]. Urine nor-ma[le]. Rien [da]ns la prostate.	Ténesme vésical. Absence complète de douleur. Pas d'incontinence. Ischurie.	Dilatation progressive. 7 mars. Divulsion et passage d'une sonde du n° 24. 18 mars. Larges incisions dans les parties infiltrées.	6 mars. On peut passer la sonde n° 6. 16. Frisson, P = 110. La verge est tuméfiée à la base. 17 mars. Douleurs au niv. des lombes 18 mars. Infiltration urineuse du scrotum et de la partie supérieure de la cuisse dr[te]. T. 39°6. Pas d'amélioration Mort le 23 mars.	»	Autopsie (M. Exchaquet). Pas d'abcès métastatiques. L'urèthre est ouvert à la base de la verge où siégeait l'eschare Abcès urineux circonscrit. Région périnéale saine. Altération récente du rein gauche, canalicules fortement distendus; par suite augmentation de volume de l'organe. Bassinet très-dilaté formant une poche du volume du poing et remplie de sang.
Boug[ie] olivaire arrêtée au [ni]veau du bulbe. Ur[in]e normale.	Incontinence permanente. Le malade ne conserve que très-peu d'urine dans la vessie.	Dilatation progressive.	10 mars. Plus d'incontinence. Une sonde de moyen calibre peut passer.	Accidents complétement disparus.	
Peau [d]u prépuce dure, ép[ais]se, incrustée de se[ls] calcaires. Phi-m[o]s. Par le cathé-té[risme]: bougie n° 6, ar[rêt]éc. Prostate de vo[lum]e normal.	Ischurie. Urine alcaline, d'odeur ammoniacale, épaisse et visqueuse. Incontinence d'urine. Miction volontaire impossible.	Dilatation progressive. B. de siége. 7 mars. Uréthrotomie interne. Electrisation de la vessie du 1[er] au 30 avril. 23 mai. Circoncision.	22 février. On peut passer la bougie n° 10. 27. L'incontinence persiste. 9 mars. L'incontinence persiste. On retire la sonde. 20 avril. Disparition de l'incontinence. 15 mai. Miction facile lorsque le malade est assis, difficile dans la station verticale. Guérison de la plaie sans difficulté.	Guérison.	
Diffi[cul]té pour le pas-sag[e d]e la bougie n° 5 au [niv]eau de la portion pro[sta]tique. Quelques gou[tt]es de pus à la pre[ssi]on sur la verge.	Miction un peu difficile, non douloureuse. Pas d'incontinence. Urine normale.	Dilatation progressive. Opiat et copahu contre la blennorrhée.	Diminution de l'écoulement. 20 mai. On passe le n° 15.	Amélioration	
La b[ou]gie n° 7 est ar-rêt[ée] au niveau de la por[tio]n prostatique.	Douleur très-vive pendant le catéthérisme. Strangurie.	Dilatation progressive.	20 avril. On peut passer le n° 18.	Guérison le 8 mai.	

TAB. XLV.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	ANTÉCÉDENTS.	NATURE ET SIÉGE du RÉTRÉCISSEMENT.	DÉBUT ET MARCHE de LA MALADIE.
427	Jamet (Jean), 25 ans.	17 juin 1874.	Coup de feu dans la région lombaire. Balle non sortie. Abcès dans l'aine gauche en 1871. Pas de blennorrhagie.	R. de la portion membraneuse.	Début en 1872 par de la dysurie, tombe à ses pieds. Depuis la cica tion de l'abcès inguinal, la dysu restée la même
428	Pollian (Paul), 45 ans, boulanger.	3 juillet 1874.	Rétention d'urine en 1870, traitée par la dilatation progressive et guérie à cette époque.	R. inflammatoire à l'union de la portion membraneuse et de la portion bulbeuse.	Ischurie remontant à six mois. Doul guinale des deux côtés pendant la tion. Besoin constant d'uriner.
429	Vallarde, 60 ans, chapelier.	18 mai 1874.	Première blennorrhagie à l'âge de 33 ans. Deuxième blennorrhagie à 48 ans. Depuis lors, blennorrhée n'ayant jamais cessé.	Id.	Depuis trois mois douleurs assez vi moment de la miction. Il y a deux apparition d'une tumeur de la gr d'un marron, en arrière du scrotu le périnée. Elle était dure et indole n'a guère progressé. Il y a trois semaines, elle s'est o spontanément et a laissé sortir l par le périnée.
430	Manaque (Louis), 21 ans, passementier.	8 juin 1874.	Blennorrhagie il y a 2 ans, guérie en 1 mois. Seconde blennorrhagie il y a 1 mois. Injections d'eau quadruple. L'écoulement par l'urèthre existe toujours, mais peu abondant Le malade a pris du copahu et a fait des injections.	R. siégeant à 14 centim. du méat.	Dans la nuit qui a précédé son entré le service, le malade s'est vu tout à dans l'impossibilité d'uriner malg violent besoin, et au bout d'une et après de vives douleurs, il a pu mais goutte à goutte et en petite tité.
431	Guyot (Eugène), 26 ans, journalier.	20 juillet 1874.	Blennorrhagie qui a duré 5 mois. Le rétrécissement est apparu à la suite il y a 1 an. Le malade ne fit pas d'injections.	R. siégeant à 13 cent. 1/2 du méat.	Dysurie remontant à 1 an et qui s'est a avec le temps. Le jet de l'urine es venu filiforme.
432	Filmot (Ferdinand), 25 ans, mécanicien.	21 juillet 1874.	Blennorrhagie contractée il y a 6 mois et ayant duré 5 mois. Injections astringentes. Difficulté d'uriner depuis 15 jours.	R. à 13 centim. du méat.	Six semaines après la guérison de sa norrhagie, le malade a remarqué q jet d'urine n'était pas normal. Isc depuis 8 jours.

ÉTAT DU MALADE [AU] MOMENT DE SON ENTRÉE.		TRAITEMENT.		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
[S]YMPTÔMES [P]HYSIQUES.	SYMPTÔMES FONCTIONNELS.	NATURE.	SUITES.		
'loug olivaire arrêtée. Pro te de grosseur nor le.	Miction difficile, non douloureuse. Urine normale.	Dilatation progressive avec des bougies.		Amélioration notable 26 juillet.	»
ine de de très-petit cali peut passer et perm de constater un récissement à l'un de la portion men aneuse et de la port bulbeuse.	A été pris brusquement il y a deux jours d'un besoin pressant d'uriner qu'il n'a pu satisfaire.	La dilatation progressive restant impuissante, la divulsion est pratiquée le 18 juillet.	Amélioration immédiate sans aucun accident.	Guérison 31 juillet.	»
Impo bilité absolue de re passer une boug sans qu'elle aille mber dans l'abcès. prostate a son volu normal, l'urine ont t du pus.	La miction est fréquente et douloureuse, l'urine sort à la fois par le méat en très-petite quantité, et par la fistule périnéale.	Le 24 mai on incise l'abcès devenu fluctuant. 13 juin. On introduit une bougie filiforme. Le lendemain impossible de la faire pénétrer à nouv. 1er août. Douleurs et passage d'une sonde de gros calibre.	6 juillet. La fistule périnéale se ferme. Miction aussi fréquente mais non douloureuse. 17 août. Urine facilement.	Guérison 29 août.	»
On pe passer la bougie n 4. Urine ormale.	Ténesme vésical. Ischurie sans incontinence. Douleurs au moment de la miction.	Dilatation progressive. On suspend le traitement pendant quelques jours.	11 juin. On peut passer le nº 6. 13 juin. N 7. 15 juin. Frisson et un peu de céphalalgie.	On peut passer la bougie nº 18.	»
Bougi nº 4 arrêtée à 13 c imèt. 1/2 du méat	Dysurie. Jet filiforme, miction douloureuse vers la fin. Les dernières gouttes sont suivies d'un peu de muco-pus. Urine alcaline d'odeur légèrement ammoniacale.	Dilatation progressive.	Tous les 4 jours on peut sans difficulté passer le nº supérieur à celui que l'on passait précédemment.	29 août. On passe facilement le nº 18.	»
Bougi nº 5 arrêtée à 13 c im. du méat. Prost saine. Urines norm s.	Ténesme vésical. Ischurie. Il s'écoule par le méat quelques gouttes de muco-pus à la fin de la miction.	Dilatation progressive.	23 juillet. Nº 6. 25 juillet. Nº 8. 27 juillet. Nº 10.	29 juillet. Guérison.	»

TAB. XLVI.

Nos D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	ANTÉCÉDENTS.	NATURE ET SIÉGE du RÉTRÉCISSEMENT.	DÉBUT ET MARCHE de LA MALADIE.
433	Brissot (Louis), 48 ans, journalier.	9 décembre 1874.	Il y a 2 ans, blennorrhagie ayant duré 3 mois. Rétrécissement consécutif. Divulsion et uréthrotomie pratiquées déjà sans avoir amené la guérison.	Rétrécissement des portions membraneuse et prostatique.	»
434	Leroy (Jean), 49 ans, passementier.	22 janvier 1875.	Plusieurs blennorrhagies de 20 à 30 ans. Rétrécissement apparu il y 10 ans.	R. à 13 centim. du méat.	Dysurie survenue rapidement il y a Abcès périnéal depuis 1 mois.
435	Dannette (François), 65 ans, charretier.	20 janvier 1875.	Deux blennorrhagies, la dernière il y a 20 ans. Uréthrotomie interne il y a 10 mois. La sonde n'avait été passée qu'une seule fois depuis lors.	R. de la portion membraneuse.	Dysurie il y a 10 ans environ, étant c de plus en plus marquée.
436	Lucas (Henri), 74 ans, doreur.	5 avril 1875.	Syphilis à 20 ans. Deux blennorrhagies dont la dernière il y a 15 ans.	R. de la portion prostatique.	Ischurie depuis 6 mois.
437	Boulet (Denis), 67 ans, homme de peine.	23 avril 1875.	Blennorrhagie il y a 4 mois.	R. de la portion prostatique.	Dysurie et intermittence du jet 2 mois. Jet filiforme depuis 15 jo
438	Haby (Jules), 36 ans, employé.	21 décembre 1874.	Blennorrhagie suivie d'une blennorrhée ayant duré plusieurs mois, à l'âge de 20 ans. Dysurie à la même époque.	R. de la portion membraneuse.	En 1866, uréthrotomie interne. Gu pendant 3 ans. Depuis lors les mènes ont reparu.
439	Jamet (Aimé), 25 ans, doreur.	11 janvier 1875.	Blennorrhagie au mois de mai 1874. Rétrécissement traité par la dilatation progressive au mois de juillet. Après 3 semaines de traitement on pouvait passer la bougie n° 16. Au mois de septembre le malade contracte la syphylis, chancre sur la face inférieure du gland. Bubon. Roséole.	R. à 13 centim. du méat.	La dysurie est reparue dans les pr jours d'octobre, peu après que le avait contracté un chancre infecta

ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE SON ENTRÉE.		TRAITEMENT.		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
SYMPTÔMES PHYSIQUES.	SYMPTÔMES FONCTIONNELS.	NATURE.	SUITES.		
Un bougie très-fine p passer. Pr ate hypertrophiée et osselée.	Incontinence permanente d'urine. Miction volontaire impossible. Pus dans l'urine. État général mauvais. Tuberculose pulmonaire et phthisie laryngée.	Dilatation progressive. Traitement général.	La miction devient plus facile, mais l'état général est de plus en plus mauvais et la mort arrive le 10 janvier.	»	Autopsie. Cavernes dans les poumons. Tubercules à différentes périodes dans la prostate.
La ugie n° 7 franchit di ilement le rétréci ment.	Miction difficile et douloureuse. Un peu de pus dans les urines.	Dilatation progressive. Bains. Ouverture de l'abcès et siphon vésical remplacé le 1er mars par une sonde à demeure.	15 février. On peut passer la bougie n° 25. Mouv. fébr. P = 90. TA. 38. 5 jours plus tard abcès urineux à la base et au-dessous de la verge.	Guérison le 12 mars.	»
La nde n° 3 ne peut p er.	Dysurie. Douleurs vives pendant la miction. Pus dans l'urine.	Uréthrotomie interne le 22 janv. Sonde laissée en place pendant 24 heures.	30 janvier. Miction sans douleur. La sonde n° 22 entre facilement.	Guérison.	»
La nde n° 6 ne peut fr chir le rétrécisse m . Au toucher r il la prostate sem bl eu volumineuse.	Ischurie. Incontinence, un peu de pus dans les urines. Pas de douleurs dans la région hypogastrique.	Dilatation progressive.	15 avril. On peut passer le n° 18.	Amélioration.	»
La ugie n° 3 ne peut p er.	Ténesme vésical. Jet intermittent. Ischurie. Un peu de pus dans l'urine.	Dilatation progressive.	3 mai. On peut passer le n° 16.	Amélioration.	»
La ugie n° 6 ne peut fr hir le rétrécisse m .	Ischurie. Urines purulentes.	Dilatation progressive. 23 janvier. Divulsion et sonde laissée à demeure pendant 48 h.	18 janv. On passe le n° 7.	Guérison le 19 février.	Le malade portait en même temps une double dacryocystite. Opération de Bowman et cathétérisme. Guérison.
La ugie n° 4 ne peut fr hir le rétrécis se nt. Plaque mu qu se à la commis su labiale droite.	Dysurie. Jet filiforme et parfois interrompu. Douleurs pendant la miction. Ténesme vésical. Cystite catarrhale.	Dilatation progressive. Iodure de potassium à l'intérieur. On cesse la dilatation. Injections d'une solution de nitrate d'argent à 1/50.	10 mars. Plaque muqueuse disparue depuis 3 semaines. Écoulement purulent par l'urèthre. 4 avril. Écoulement et dysurie disparus.	Disparition des accidents syphilitiques. Plus de dysurie. La bougie n° 20 peut franchir sans difficulté le rétrécissement.	

TAB. XLVII.

N°s D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	ANTÉCÉDENTS.	NATURE ET SIÉGE du RÉTRÉCISSEMENT.	DÉBUT ET MARCHE de LA MALADIE.
440	Laurier (Isidore), 69 ans, sans profession.	15 septembre 1874.	Blennorrhagie contractée il y a 30 ans, et dont la guérison n'aurait été complète que 7 ou 8 années après? Depuis 10 ans, miction fréquente. Jet très-faible. En 1870, strangurie passagère et répétée 2 fois en 6 mois.	Rétrécissements inflammatoires multiples, dont le premier à 5 cent. du méat.	Depuis 18 mois, le rétrécissement a r rapidement. Le malade qui pouvait le n° 5 ne peut plus introduire a sonde.
441	Téterel (Jacques), 60 ans, sans profession.	5 octobre 1874.	Pas de blennorrhagie, pas d'accidents syphilitiques. Depuis 3 mois seulement le malade a remarqué que le jet d'urine se modifiait de temps en temps.	R. inflammatoire de la portion membraneuse et probablement spasmodique du col vésical.	Le malade, de passage à Paris, est pr à coup de strangurie. Douleurs vés Fièvre. Cet état dure 24 heures. peut pratiquer le cathétérisme.
442	Reigner (Frédéric), 35 ans, orfèvre.	1er mars 1875.	En 1873. Blennorrhagie suivie de blennorrhée ayant duré plusieurs mois.	R. inflammatoire de la portion bulbeuse avec spasme du col.	Depuis plusieurs mois, la miction es gue et pénible. Strangurie.
443	Rau (Charles), 68 ans, commis voyageur	10 novembre 1874.	Plusieurs blennorrhagies. En 1866, rétrécissement traité à Bordeaux par la dilatation progressive et guéri. — En 1871, nouvelle blennorrhagie ayant amené la formation d'un abcès urineux à la racine de la verge. Cet abcès s'est ouvert spontanément et a laissé à sa suite 3 ou 4 fistules.	R. inflammatoire et cicatriciel dans la portion membraneuse avec fistule uréthrale.	Depuis 3 semaines il ne sort plus très-faible quantité d'urine par le
444	Deleau (Adolphe), 21 ans, serrurier.	19 février 1875.	Blennorrhagie il y a 2 ans. Ulcération du méat par l'action de l'eau blanche.	R. cicatriciel du méat.	La cicatrice de l'ulcération a amen occlusion partielle du méat.

ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE SON ENTRÉE.		TRAITEMENT.		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
SYMPTÔMES PHYSIQUES.	SYMPTÔMES FONCTIONNELS.	NATURE.	SUITES.		
P iers essais de ca- étérisme infruc- ux. Bain. On finit r introduire une s-fine baleine. A s le premier ré- écissement sié- ant à 5 centim. méat, les deux tres sont très-dif- iles à franchir. P tate saine.	Ischurie et ténesme vésical, miction volontaire possible, mais très-longue et très-douloureuse.	Divulsion et passage d'une sonde n° 24 laissée à demeure.	Cuisson sur le parcours de l'urèthre. Erections douloureuses pendant les 24 heures qui suivent l'opération.	28 septembre. Guérison.	»
L malade n'a pas iné depuis 48 h. meur arrondie au- ssus du pubis for- ée par la vessie atée. P tate de volume rmal.	Strangurie complète. Douleurs vives. Ténesme vésical. Rétrécissement au niveau de la portion membraneuse, infranchissable même par les plus petites bougies.	6 octobre. Ponction avec l'appareil Dieulafoy (pendant 8 jours, 2 par jour). 18. Fausse route pendant le cathétérisme.	14. Cath. possible avec le n° 4. 20. 18 mictions non doul. par jour. 25. Moins de mictions. Passage du n° 10.	4 novembre. Le malade quitte le service. Miction facile, non douloureuse.	»
V e distendue. L ugie n° 6 ne peut sser.	Strangurie.	Dilatation progressive. Bains généraux.	La miction volontaire se fait sans difficulté les jours suivants.	Amélioration.	»
S um du volume ne tête d'adulte complétement in- ré par l'urine. F stules périnéales nant passage à l'urine et à du s. L bougies du plus calibre ne peu- t passer. Etat gé- al assez bon.	L'urine sort en petite quantité par les fistules.	7 janvier. On passe une bougie très-fine qu'on rempl. par une sonde à demeure. 8. Sonde du n° sup. (B. tous les jours.) 9. Uréthrotomie interne. 15. On passe la sonde n. 20 et on la laisse à demeure 24 h. Lin. éth. et téréb. Isolement.	10. Frissons. Hémorrhagie par le méat. 24. Erysipèle prenant naissance autour des fistules périnéales. 15 fév. Erysipèle guéri.	Fistules périnéales cicatrisées. L'urine sort sans dificulté par le méat.	»
U bougie de très-fin ibre ne peut en- r dans le méat i est punctiforme.	Douleur pendant la miction sur tout le parcours de l'urèth. Jet filiforme.	Incision de la bride cicatricielle et dilatation avec les sondes.	»	Guérison complète le 9 av.	»

TAB. XLVIII.

N^os D'ORDRE.	NOM AGE profession.	DATE de L'ENTRÉE	ANTÉCÉDENTS.	NATURE ET SIÉGE du RÉTRÉCISSEMENT.	DÉBUT ET MARCHE de LA MALADIE.
145	Millard, 56 ans, garçon boucher.	27 mars 1875.	A l'âge de 20 ans, chancre induré du canal. Traitement de 6 mois à l'hôpital du Midi. Légère dysurie. Il y a 6 ans, dilatation d'un retrécissement pendant 3 semaines. Un mois après strangurie subite au milieu de la nuit. Ponction sus-pubienne de la vessie et dilatation progressive pendant 3 mois 1/2.	R. à 5 centim. 1/2 du méat.	Les accidents ont débuté il y a 3 m
146	Fortier (Charles), 42 ans, couvreur.	4 janvier 1875.	Blennorrhagie à 18 ans. De plus est tombé il y a 4 ans dans un escalier, et le talon de sa chaussure a heurté fortement contre le périnée. — Hématurie au même moment ayant duré 15 jours environ.	R. de la portion membraneuse probablement d'origine traumatique.	Depuis 2 ans, le jet a diminué grad ment; il y a 2 mois environ est venue de l'incontinence; il y en a jours depuis lors.

ÉTAT DU MALADE AU MOMENT DE SON ENTRÉE.		TRAITEMENT.		ÉTAT DU MALADE au moment de la sortie.	OBSERVATIONS.
SYMPTÔMES PHYSIQUES.	SYMPTÔMES FONCTIONNELS.	NATURE.	SUITES.		
Bo[ug]ie n° 6 arrêtée à [c]entimètres 1/2 du [m]éat.	Miction sans douleur; mais durant 5 à 6 minutes dysurie. Pas d'incontinence.	Dilatation progressive.	16 mai. On peut passer la sonde n° 18.	Amélioration	»
Bo[ug]ie n° 6 ne peut [fra]nchir le rétrécissement.	Miction volontaire impossible; urines purulentes. Incontinence permanente.	Dilatation progressive. Bains simples. Capsules de térébenthine à l'intérieur.	Au bout de 30 j. on peut passer le n° 25. Miction volontaire possible et normale. Plus d'incontinence.	Guérison le 27 janvier.	»

C. — Testicule et épididyme.

Obs. CDXXII. — *Cryptorchidie.* — Chauvin (Raphaël), vingt-quatre ans, horloger, entré le 29 janvier 1875.

A ressenti, il y a huit jours, une douleur lancinante assez vive dans le scrotum. Cette douleur est devenue continue et très-pénible.

A l'examen des bourses, on trouve un scrotum ratatiné, principalement à gauche où il existe à peine. A la palpation, il est aisé de constater l'absence absolue des deux testicules. La peau du scrotum peut être saisie entre les doigts et froissée, sans qu'on sente la moindre grosseur dans la main.

A droite, on trouve le testicule engagé dans le canal inguinal, et le doigt peut le limiter assez facilement ; si on le comprime, on détermine de la douleur.

A gauche, le canal est libre, mais déprimé par la paroi abdominale. Au niveau et en arrière, on arrive sur une tumeur arrondie qui donne à la pression la sensation d'un testicule complet. Les deux testicules paraissent avoir leur volume normal. Les fonctions génitales s'exercent normalement.

Repos. Calmants. Disparition de la douleur au bout de cinq jours.

Obs. CDXXIII. — *Épididymite et orchite traumatiques.* — Callier (François), soixante-sept ans, garçon marchand de vins, entré le 27 janvier 1875. A eu hier la moitié droite des bourses fortement serrée entre sa cuisse et une pièce de vin. Ecchymose scrotale. Testicule et épididyme augmentés de volume et douloureux à la pression. Pas de fièvre. Repos et compresses résolutives. Disparition de la douleur au bout de deux jours. Guérison au bout de huit jours.

Obs. CDXXIV. — *Épididymite et orchite du côté droit.* — Jourdan (François), vingt-quatre ans, teinturier, entré le 5 février 1875. Blennhorrhagie contractée il y a un mois et non encore guérie. Réaction fébrile. P=84. Cataplasmes. Bourses élevées avec une plaque de carton. Guérison au bout de huit jours.

Obs. CDXXV. — *Épididymite.* — Launay (Louis), vingt et un ans, ferblantier, entré le 2 avril 1875. Syphilis il y a un an. Blennorrhagie il y a six semaines non encore guérie. Epid. du côté gauche ayant débuté il y a trois jours. Réaction fébrile très-forte. TA = 39,4. Six sangsues (*loco dolenti*). Cataplasmes émollients. Frictions mercurielles. Alimentation légère. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. CDXXVI. — *Épididymite.* — Piffart (Hippolyte), dix-huit ans, coiffeur, entré le 12 mars 1875. Blennorrhagie il y a trois semaines, non

guérie. Épid. depuis cinq jours. Réaction fébrile. P=90. TA. 38°,5. Décubitus dorsal. Élévation des bourses à l'aide d'un coussinet. Cataplasmes laud. Guérison le 26 mars.

Obs. CDXXVII. — *Épididymite.* — Seuv (Paul), trente-quatre ans, garçon d'hôtel, entré le 21 avril 1875.

Porte encore aujourd'hui un rétrécissement uréthral compliqué de blennorrhée. Épididymite il y a trois mois, guérie. La maladie actuelle a débuté il y a quinze jours. Pas de réaction fébrile. Élévation des bourses et cataplasmes laudanisés.

Guérison de l'écoulement le 26 avril. (Ce malade doit revenir pour être traité de son rétrécissement.)

Obs. CDXXVIII. — *Épididymite.* — Martin (Henri), seize ans, appareilleur, entré le 28 avril 1875. Blennorrhagie le 1er mars. Blennorrhée depuis lors. L'inflammation de l'épididyme est apparue il y a deux jours. Réaction fébrile légère. P=90. TA. 38°,5. Décubitus dorsal. Élévation des bourses. Cataplasmes laudanisés. Guérison le 26 mars.

Obs. CDXXIX. — *Tuberculisation du testicule droit. Ablation. — Guérison.* — D... (Benoît), cultivateur, trente-cinq ans, entré le 12 décembre 1874.

Pas d'antécédents héréditaires de tubercule. Ses parents sont vivants et se portent bien. Il n'a pas perdu de frères ni de sœurs par suite de maladies de poitrine de longue durée. Lui-même aurait toujours joui d'une bonne santé ; il n'aurait jamais eu de fièvres continues ou intermittentes, jamais d'affections de quelque importance du côté des différents appareils (respiration, circulation, innervation). Il n'aurait jamais eu de maladies des organes génito-urinaires. Marié depuis deux ans environ, il n'a point d'enfants. Il y a quatre ans seulement il remarqua qu'il avait à l'intérieur du scrotum, du côté droit, une tumeur de la grosseur d'une noisette. D'après ce qu'il dit, cette tumeur se serait trouvée en ce moment, en arrière, au-dessus et un peu en dedans du testicule correspondant. Elle ne s'accompagnait d'aucune douleur, d'aucun changement de couleur des téguments. Le scrotum n'avait point augmenté de volume. Sous l'influence de la fatigue, il y avait un peu de douleur, ou plutôt une vague sensation de tension dans la bourse.

Pendant trois ans l'augmentation de volume fut très-faible et à peine appréciable ; mais l'année dernière elle a marché beaucoup plus vite, et en moins d'un an le volume est devenu double de ce qu'il était auparavant, de sorte qu'aujourd'hui la tumeur est à peu près de la taille d'un gros œuf de poule. Pendant le repos elle est absolument indolente. La pression même est très-supportable et ne détermine que des douleurs très-légères.

Il y a quinze jours environ une hydrocèle se forma de ce côté; on pratiqua en ville une ponction qui donna issue à un verre environ d'un liquide d'un jaune citrin très-clair. A la suite de la ponction, on fit une injection de vin chaud à l'intérieur de la tunique vaginale. Deux ou trois jours plus tard survinrent des accidents inflammatoires, et un peu de pus s'écoula par le trajet de la ponction, resté toujours fistuleux depuis.

Au moment de son entrée il est dans l'état suivant :

Le scrotum droit est occupé par une tumeur solide, un peu ovoïde, à grand axe antéro-postérieur. Elle a le volume d'un gros œuf de dinde, sa surface est lisse et sans bosselures. La peau est rouge, sillonnée de veinules dilatées ; elle adhère intimement à la tumeur. A la partie antérieure du scrotum se trouve le trajet fistuleux dont les bords sont noirâtres, gangréneux. Il est impossible de rencontrer le testicule par le toucher. Très-probablement, il fait corps avec la tumeur.

Dans la partie la plus déclive on trouve une sorte de fluctuation assez obscure, sans transparence. Les enveloppes du testicule paraissent indurées, épaissies. Elles ne sont point œdématiées.

Le cordon semble sain. Le toucher rectal ne donne que des résultats négatifs. Rien dans les ganglions du pli de l'aine ou du bassin.

L'état général est bon. Quoique le malade soit amaigri, il n'accuse aucun trouble dans sa santé. Aux sommets, comme dans le reste des deux poumons, la respiration est absolument normale. La percussion ne montre pas le moindre degré de matité. Les fonctions génitales sont conservées.

Malgré l'intégrité apparente de la prostate et des vésicules séminales, malgré l'absence de signes de tuberculisation pulmonaire, nous diagnostiquons des tubercules du testicule, et nous pratiquons le 19 décembre l'ablation de la glande malade qui est nettement indiquée. Le testicule est mis à nu et énucléé. Deux pinces hémostatiques placées sur le cordon mettent à l'abri des hémorrhagies consécutives. On trouve les enveloppes très-enflammées. Elles sont enlevées ainsi que les téguments auxquels elles adhèrent fortement. Le testicule et l'épididyme sont convertis en une sorte de bouillie rappelant un peu l'encéphaloïde ramolli. L'examen microscopique démontre que l'on a bien eu affaire à un testicule tuberculeux.

La partie supérieure de la plaie est réunie au moyen de trois sutures épinglées, et on laisse une mèche dans la partie la plus déclive.

20 décembre. Un peu de céphalalgie et d'agitation ; douleurs légères. Les deux pinces hémostatiques sont enlevées au bout de quarante-huit heures. Sulfate de quinine, 0,50. Rhum, 150 grammes.

21. État général bon. P = 98. TA. 37°,4.

22. Appétit et sommeil. Même traitement. TA. 37°,2.

23. On enlève les épingles et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnées.

27. Léger gonflement des ganglions inguinaux.

28. Un peu de fluctuation au niveau de la partie de la plaie réunie. Passage d'un drain.

1er janvier 1875. État général satisfaisant, la suppuration diminue.

10. La suppuration est complétement tarie.

20. La plaie est fermée et le malade quitte le service.

Obs. CDXXX. — *Tubercules du testicule.* — Vinder (Émile), quarante-sept ans, entré le 4 janvier 1875. Se présente avec une tumeur qui a débuté il y a quinze mois. On constate une induration des deux testicules, appréciable au toucher, sans inflammation. La tête de l'épididyme est aussi le siége de noyaux indurés. La peau du scrotum est lisse, non adhérente. Noyaux du volume d'un grain de raisin dont la réunion forme une tumeur bosselée, dure. Rien du côté du canal déférent, le cordon est plus volumineux qu'à l'état normal. Rien du côté des poumons. Cataplasmes. Vin de quinquina. Huile de foie de morue. Amélioration rapide.

Obs. CDXXXI. — *Tubercules du testicule.* — Dupuy (Jean), quarante-huit ans, journalier, entré le 22 janvier 1875. Pleurésie il y a deux ans. Depuis neuf mois trajets fistuleux sous le scrotum.

Le testicule droit est augmenté de volume, il est comme séparé en deux parties : l'une, de consistance normale ; l'autre, dure, bosselée, résistante, qui coiffe la première et au milieu de laquelle on arrive avec un stylet par le trajet fistuleux qui existe vers la partie supérieure du scrotum. Cette partie indurée paraît être l'épididyme. A ce niveau, la peau est violacée et adhérente à la masse sous-jacente, qui est bien limitée et indolente. Du pus sort par l'orifice fistuleux. Excavations pulmonaires aux deux sommets. Depuis dix-huit mois, hémoptysies, sueurs nocturnes, crachats nummulaires purulents. Bains alcalins. Lotions alcoolisées. Sort dans le même état au bout de trois semaines.

Obs. CDXXXII. — *Phimosis cicatriciel.* — Métral (Jean), vingt-quatre ans, tonnelier, entré le 16 mars 1875. Trois chancres volants il y a deux mois sur la face dorsale de la verge. En avait déjà eu plusieurs auparavant.

Le gland est complétement recouvert par le prépuce induré, celui-ci présente sur le bord des traces d'ulcérations, dont la cicatrisation a exagéré ce phimosis. On peut encore cependant, en saisissant l'extrémité du prépuce entre les doigts, l'attirer au-devant du gland de 1 centimètre 1/2 environ. Ne souffre pas dans l'érection. Circoncision et réunion à l'aide d'érignes. Compresses d'eau froide.

Guérison au bout de huit jours.

Obs. CDXXXIII. — *Phimosis congénital.* — Pouget (Eugène), vingt et un ans, placier, entré le 27 avril 1875.

Ce malade, atteint de phimosis congénital, a voulu hier découvrir de force le gland. Depuis lors paraphimosis douloureux et œdème préputial. Débridement du prépuce sur sa face dorsale, réduction du gland. Le malade quitte le service le lendemain.

Obs. CDXXXIV. — *Phimosis par l'action de brides cicatricielles.* — Gastelier (Étienne), soixante-sept ans, typographe, entré le 15 mai 1875. Porte un phimosis depuis quatre ans.

Le prépuce forme, en avant du gland, un manchon à orifice très-étroit, et permet à peine l'introduction d'une sonde ordinaire. Le malade prétend que, il y a quatre ans, il pouvait découvrir le gland et il nie absolument toute ulcération depuis cette époque. On trouve près du bord libre du prépuce des brides cicatricielles qui en ont considérablement diminué l'orifice.

17 mai. Excision. Réunion immédiate à l'aide de serres-fines. Guérison au bout de huit jours.

Obs. CDXXXV.— *Hydrocèle congénitale.* — Delpech (Paul), vingt et un ans, employé de commerce, entré le 8 janvier 1875. Scrofuleux. Bien que la tumeur semble congénitale, elle a subi dans ces derniers temps une augmentation régulière et très-lente. Depuis le mois de novembre, quatre ponctions ont été successivement pratiquées sans amener la guérison. La tumeur a le volume d'un œuf de dinde.

6 janvier. Ponction et injection iodée. Le malade quitte le service le 30 janvier sans que le liquide se soit reformé.

Obs. CDXXXVI. – *Hydrocèle.*— Albert (Hippolyte), quarante-deux ans, employé de commerce, entré le 1er février 1875. L'hydrocèle occupe le côté gauche et est apparue il y a un mois sans cause connue. Ponction. Le malade quitte le service le 8 février. La guérison se maintient le 15 mars.

Obs. CDXXXVII. — *Hydrocèle.* — Gosset (Isidore), cinquante-cinq ans, fileur, entré le 1er février 1875. Maigre et cachectique. Tousse fréquemment. Phénomènes suspects du côté du sommet des poumons. La tumeur a débuté, il y a un an, sans cause connue. Ponction il y a trois mois sans résultat. Tumeur volumineuse occupant le côté droit. Ponction et injection iodée, compression légère avec des bandelettos de sparadrap. Le liquide ne s'était pas reproduit le 28 février.

Obs. CDXXXVIII.—*Hydrocèle.*—Fleury (Antony), trente-six ans, garçon de magasin, entré le 19 février 1875.

La tumeur a débuté, il y a vingt-quatre ans, à la suite d'un coup de

pied sur les bourses, et s'est développée lentement et régulièrement. Toutefois, depuis quatre mois, elle est devenue beaucoup plus grosse. Elle occupe le côté droit du scrotum. Ponction et injection iodée. Scrotum soutenu au moyen d'un suspensoir. Phénomènes inflammatoires locaux le lendemain de l'opération. Disparition de ces accidents au bout de quatre jours. Le malade est guéri le 1er mars.

Obs. CDXXXIX. — *Hydrocèle.* — Barroy (Isidore), soixante-treize ans, homme de peine, entré le 26 février 1875. Il y a quinze ans, a eu du même côté une hydrocèle ponctionnée et guérie. La tumeur actuelle occupe le côté droit; elle a débuté il y a deux ans sans cause connue ; elle s'est développée lentement, mais depuis quatre mois sa croissance a été beaucoup plus rapide.

1er mars. — Ponction et injection iodée. Compression avec des bandelettes de sparadrap. Guérison le 14 mars.

Obs. CDXL. — *Hydrocèle.* — Guinchard (Charles), vingt-cinq ans, garçon de magasin, entré le 27 février 1875. A eu, à vingt et un ans, une blennorrhagie complétement guérie au bout de deux mois. La tumeur est apparue il y a cinq mois sans cause connue. Elle occupe le côté gauche. A le volume d'une grosse noix. Ponction. Injection d'une solution étendue de nitrate d'argent. Phlegmasie locale légère disparaissant après trois jours. Guérison complète au bout de dix jours.

Obs. CDXLI. — *Hydrocèle.* — Michaud (Louis), soixante et un ans, garçon de recettes, entré le 12 avril 1875. Début, il y a un an, sans cause connue. Développement surtout marqué depuis trois mois. Tumeur occupant le côté gauche. Ponction et injection d'une solution de nitrate d'argent au trentième. Réaction inflammatoire locale disparue au bout de quatre jours. Guérison complète le 16 avril.

Obs. CDXLII. — *Hydrocèle.* — Benoît (Adrien), quarante-six ans, tourneur en bois, entré le 4 avril 1875. Avait eu, il y a deux ans, une hydrocèle du côté droit guérie par une simple ponction. La tumeur actuelle a été aperçue il y a trois semaines, à la suite d'un traumatisme (un des camarades du malade lui avait saisi et comprimé énergiquement le testicule avec la main). Elle siége à gauche, a le volume d'un œuf de poule. Ponction simple. Au bout de quatre semaines, le liquide ne s'est pas reproduit.

Obs. CDXLIII. — *Hydrocèle.* — Almanza (Lazare), trente-neuf ans, tourneur en bois, entré le 23 avril 1875. A eu une blennorrhagie à dix-sept ans. La tumeur est apparue il y a deux ans sans cause connue. Elle s'est développée lentement, mais un peu plus rapidement depuis six mois. Elle siége à droite. A le volume d'une noix de coco.

26 avril. Ponction. Injection d'une solution étendue de nitrate d'argent. Guéri le 15 mai.

Obs. CDXLIV. — *Hydrocèle.* — Chodzko (François), vingt-trois ans, peintre, entré le 30 avril 1875. Début, il y a un an, sans cause connue. La tumeur occupe le côté gauche. Elle a le volume du poing. Ponction. Injection iodée. Guérison le 15 mai.

Obs. CDXLV. — *Hydrocèle.* — Maviette (Louis), soixante-neuf ans, fourbisseur, entré le 3 mai 1875. La tumeur a débuté, il y a vingt ans, sans cause connue; elle a beaucoup grossi depuis six mois. Occupe le côté droit.

Ponction. Injections iodées, compression légère avec les bandelettes de sparadrap. Guérison le 22 mai.

Obs. CDXLVI. — *Hydrocèle.*— Bonneval (Pierre), soixante et onze ans, journalier, entré le 10 mai 1875. La tumeur a débuté, il y a treize mois, sans cause connue. Plus grosse que le poing d'un adulte, elle occupe le côté gauche. Ponction. Injection d'une solution de nitrate d'argent. Guérison au bout de trois semaines.

Obs. CDXLVII.— *Hydrocèle.*— Mitaine (François), quarante et un ans, homme de peine, entré le 10 mai 1875. Début, il y a deux mois et demi, sans cause appréciable. La tumeur occupe le côté droit ; elle a le volume du poing d'un adulte. Ponction et injection iodée. Le malade sort au bout de quinze jours. La réaction inflammatoire est passée et le liquide ne paraît pas s'être reproduit.

§ II

SEXE FÉMININ

Nous ne rapportons ici ni les observations de kystes de l'ovaire, ni celles de corps fibreux utérins. Nous nous réservons de donner la plupart d'entre elles dans notre travail sur les maladies de l'abdomen. Nous donnerons en appendice à la fin de ce volume celles de ces affections qui ont nécessité des gastrotomies. Les cas que nous mentionnons ici sont au nombre de dix-huit : Une cystite datant de deux mois; une péritonite partielle développée autour d'un corps fibreux utérin ; une inflammation péri-utérine ; une métrite granuleuse du col ; une rétroflexion ; deux métrorrhagies ; un polype muqueux du col ; deux

épithéliomas; deux cancers du corps de l'utérus; deux déchirures du périnée; une absence de vagin; deux fistules vésico-vaginales; trois kystes de la glande vulvo-vaginale.

La péritonite, développée autour d'un corps fibreux, était survenue trois jours auparavant, en même temps qu'une métrorrhagie abondante qui durait encore lors de l'entrée de la malade dans le service. On arrêta l'écoulement sanguin au moyen d'injections d'une solution étendue de perchlorure de fer. La péritonite guérit sans accidents. (Obs. CDXLVII.)

L'inflammation péri-utérine se termina par suppuration; l'abcès s'ouvrit dans le rectum; son orifice se ferma au bout de quelque temps et la malade quitta le service complétement guérie. (Obs. CDXLIX.)

La malade, présentant une rétroflexion utérine, entra dans le service pour des douleurs très-vives dans les lombes et l'hypogastre. Elles cédèrent à l'application d'un tampon d'ouate saupoudré de poudre d'amidon et arrosé de quelques gouttes de laudanum.

Une des métrorrhagies était extrêmement rebelle; elle s'était présentée chez une malade ayant un corps fibreux interstitiel de l'utérus. L'eau de Rabel, l'ergot de seigle, l'eau d'Enghien ne purent empêcher le retour périodique de ces pertes. Pourtant, celle qui précéda sa sortie du service fut moins abondante que les autres.

La seconde malade, entrée pour une métrorrhagie, était une tuberculeuse en état de cachexie avancée; il est probable que son hémorrhagie était purement dyscrasique. (Obs. CDLII.)

Nous ne rapportons que deux opérations pratiquées sur le col de l'utérus : l'ablation d'un polype muqueux avec le bistouri, et l'évidement pour un épithélioma; une autre tumeur de même nature fut guérie par la cautérisation avec le fer rouge.

Des deux déchirures du périnée, l'une n'était pas opérable. La malade était accouchée récemment; elle avait, en même temps que sa déchirure, une grangrène assez étendue des grandes lèvres; et les eschares n'étaient pas encore tombées;

quand elle quitta le service, les plaies étaient à peu près guéries. Chez la seconde, au contraire, nous fîmes la périnéorrhaphie. (Il s'agissait d'une déchirure ancienne restée pendant longtemps inaperçue.) Bien que l'opération eût été faite dans des conditions exceptionnellement défavorables (la malade était indocile et ne pouvait se résoudre au repos ; il survint un érysipèle), le succès fut rapide et complet. (Obs. CDLX.)

Mentionnons encore la malade de l'observation CDLXII, chez laquelle nous dûmes créer un vagin artificiel pour une absence congénitale de ce conduit et une fistule vésico-vaginale guérie par l'occlusion du vagin.

Enfin, trois kystes de la glande de Bartholin furent guéris tous les trois, l'un par le repos, les deux autres par la ponction et l'emploi de tubes à drainage.

Obs. CDXLVIII. — *Cystite chronique.* — Picard (Léonie), trente-deux ans, domestique, entre le 27 janvier 1875. A ressenti pour la première fois, il y a sept semaines, des douleurs sourdes et profondes dans l'hypogastre, s'exagérant un peu à la pression et s'irradiant vers le périnée. Les besoins d'uriner sont très-fréquents ; quelquefois l'urine s'échappe en forte quantité. Elle est lactescente et a une odeur légèrement ammoniacale ; elle laisse déposer au fond du verre un dépôt blanc jaunâtre, qui peut être évalué au tiers de la masse liquide expulsée. Le cathétérisme ne fait pas découvrir de calcul dans la vessie. Injections plusieurs fois par jour avec l'eau de goudron. — Vin de quinquina, sirop d'iodure de fer. — Bains généraux. Guérison au bout de deux mois.

Obs. CDXLIX. — *Péritonite partielle développée autour d'une tumeur utérine, probablement un fibrome. Guérison.* — Amoniaux (Jeanne), quarante-deux ans, femme de ménage, entre le 20 mai 1875. Réglée à douze ans, elle l'a toujours été régulièrement. Pas de grossesses. Il y a quatre ans, cette malade s'est aperçue qu'elle portait dans le côté gauche de la région hypogastrique une tumeur dont elle compara la grosseur à celle d'un œuf de pigeon. Il y a trois jours environ est survenue une métrorrhagie abondante avec des douleurs très-vives dans le bassin. Depuis ce temps la malade a une perte abondante et accuse de violentes douleurs dans la moitié droite de l'abdomen. Le ventre est légèrement ballonné, et une pression même très-légère occasionne de vives douleurs. Pas d'appétit, pas de sommeil. P = 100. TA. 38.

Du côté droit de la cavité abdominale, on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, bilobée, très-dure. Elle se déplace facilement, et suit les mouvements de la malade. Le toucher vaginal indique que la tumeur dépend complétement de l'utérus. Si on la refoule avec une main appliquée sur le ventre, le doigt introduit dans le vagin perçoit facilement les mouvements qu'elle communique à l'utérus. Quoique la malade soit pâle et amaigrie, l'état général est satisfaisant. Injections d'une solution étendue de perchlorure de fer. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Repos. Bouillons et potages, vin de quinquina. Eau de Rabel. Ergot de seigle.

22 mai. Métrorrhagie disparue; plus d'écoulement sanguin ni de douleurs dans l'abdomen.

26. Plus de ballonnement du ventre.

28. Mieux sensible.

30. La malade a bon appétit et dort bien.

13 juin. Sort guérie.

Obs. CDL. — *Inflammation péri-utérine. — Abcès ouvert dans le rectum. Guérison.* — Paulat (Gabrielle), demoiselle de magasin, vingt-six ans, entre le 7 juin 1874.

Ressentit il y a trois jours, en se déshabillant, des douleurs très-vives dans la région hypogastrique. Elle fut bientôt prise de fièvre, et eut le soir même plusieurs vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux. Ses règles étaient en retard de quinze jours. Elle n'avait jamais eu de retard de plus de quatre à cinq jours. Un médecin fut appelé, et prescrivit des sangsues à l'hypogastre et un bain de siége de deux heures. Les règles ne tardèrent pas à apparaître, mais la douleur, qui paraissait siéger principalement à gauche, ne fut point allégée. La malade éprouvait une somnolence continuelle. Cet état dura trois jours. C'est alors qu'elle fut transportée à l'hôpital Saint-Louis. Elle souffrit beaucoup pendant le trajet.

A son entrée on trouve un facies grippé et sans expression. La malade conserve le décubitus dorsal, et ne peut prendre d'autre position. La peau est chaude. P = 120. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre très-épais; la soif est vive; l'appétit nul. Le ventre est légèrement ballonné, peu sensible à la pression. La douleur se fait surtout sentir vers la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal permet de reconnaître la présence d'une tumeur fluctuante lisse, arrondie, phlegmoneuse, siégeant dans le cul-de-sac postérieur du vagin. La malade, qui n'était pas allée à la garde-robe depuis trois jours, a été prise cette nuit d'une forte diarrhée; elle a eu une dizaine de selles copieuses. Cataplasmes laudanisés. — Vomitif.

10 juin. Le vomitif n'a produit que peu d'effet. L'état saburral est très-

prononcé; la diarrhée persiste. Soif vive. Peau chaude. La malade a ses règles depuis quatre jours; elles sont plus abondantes que d'habitude. P=116. — Eau de Sedlitz.

12. La purgation a produit bon effet. Les selles sont moins fréquentes. Douleurs de ventre aussi intenses. Fièvre.

15. Même état.

18. État saburral toujours très-prononcé. Les douleurs de ventre ont un peu diminué. — Eau de Sedlitz.

20. A vomi de la bile ce matin. La purgation a bien agi. Plusieurs selles. A pris du bouillon froid et l'a vomi. A éprouvé de très-fortes crampes d'estomac dans la soirée d'hier. Aujourd'hui souffre moins dans l'abdomen. P=108.

22. A pris avant-hier de l'huile de ricin qu'elle a aussitôt rendue. Hier, elle a été prise de douleurs atroces dans le bassin et pour lesquelles on a prescrit des frictions mercurielles avec cataplasmes. Ces douleurs ont duré toute la nuit. Ce matin, elle a éprouvé un besoin subit d'aller à la garde-robe, et a rendu une quantité assez considérable de pus par le rectum.

23. L'écoulement de pus par le vagin est à peu près nul. La malade se sent mieux; les douleurs de ventre sont moins vives; la fièvre est tombée. Le pouls reste petit.

25. Un verre d'eau de Sedlitz.

26. La malade a dormi et a pu prendre un bouillon. Elle est allée plusieurs fois à la garde-robe. La faiblesse est toujours très-grande.

29. La langue est meilleure; et l'enduit blanchâtre qui la recouvrait est moins épais. Peau fraîche. Les douleurs de ventre sont moins fortes; il y a encore un peu de tension à gauche. Elle souffre toujours un peu quand elle va à la selle. Pas d'appétit. P = 104.

2 juillet. Mieux sensible; le ventre n'est presque pas douloureux; cependant la pression détermine encore profondément un peu de souffrance. Pas d'appétit.

8. La faiblesse de la malade est toujours très-grande. Anorexie.

13. A été reprise hier soir de douleurs très-fortes dans le ventre; cependant la nuit a été assez calme. Les douleurs pendant la défécation sont moins fortes. La langue est sale, le pouls fréquent et petit. Le ventre est un peu sensible à droite. Au toucher, on trouve seulement un peu de chaleur et d'empâtement dans le cul-de-sac vaginal droit. — Cataplasmes.

14. La journée et la nuit ont été assez mauvaises. Souffre toujours de douleurs abdominales.

17. Le toucher permet de reconnaître à droite une petite tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Il semble qu'un nouvel abcès est en voie de formation.

21. Même état. Pas d'appétit, dort peu, souffre moins. La tumeur n'a pas augmenté. Sa consistance et son volume sont les mêmes.

23. A beaucoup souffert la nuit dernière.

24. La journée d'hier a été meilleure. — Les douleurs ont été moins vives.

26. Va mieux; mais n'a pas d'appétit. Amaigrissement et faiblesse extrême. La langue se nettoie.

28. Recommence à prendre un peu de nourriture.

29. Souffre beaucoup moins dans le ventre; on ne sent presque plus la tumeur par le toucher vaginal.

1er août. S'alimente mieux. Le sommeil revient.

4. Bon appétit. État général meilleur.

La malade demande à quitter l'hôpital.

Obs. CDLI. — *Hypertrophie, abaissement et rétroflexion de l'utérus.* — Bontemps (Clara), blanchisseuse, quarante et un ans, mariée, entre le 27 janvier 1875. Réglée à onze ans; elle l'a toujours été régulièrement; un seul accouchement normal. Depuis trente mois, elle a eu de fortes douleurs dans le ventre et les reins. La rétroflexion serait cependant beaucoup plus ancienne, et remonterait à dix ans. On aperçoit avec le spéculum le col de l'utérus hypertrophié et très-rouge : il n'y a pas d'écoulement. La malade souffre beaucoup pour s'asseoir. Au toucher vaginal on trouve une tumeur volumineuse occupant le cul-de-sac postérieur; au toucher rectal on reconnaît également l'existence de cette tumeur qui n'est autre que le corps de l'utérus. Le col est porté presque verticalement en haut et un peu en avant. La malade a porté un pessaire américain qui n'a fait qu'augmenter la douleur. Tampon d'ouate saupoudré de poudre d'amidon arrosé de quelques gouttes de laudanum. Repos absolu. — Bains tous les deux jours. — Disparition des douleurs au bout d'un mois. Sort avec un redresseur utérin placé d'après les principes de Sims.

Obs. CDLII. — *Corps fibreux interstitiel de l'utérus. Métrorrhagies répétées. Amélioration.* — Trouillet (Euphrasie), domestique, quarante ans, entre le 11 avril 1874. Réglée à treize ans, elle n'a vu que deux fois la première année, puis les règles sont revenues toutes les trois semaines. Le sang était noir et abondant. A l'âge de dix ans, elle a été atteinte de la petite vérole dont on voit quelques traces sur son visage; à son arrivée à Paris, à l'âge de vingt ans, elle a été atteinte de fièvre typhoïde.

Au mois de décembre 1871, elle a été opérée par M. Péan pour un kyste de l'ovaire droit d'un volume considérable. Un an auparavant elle avait eu, à

plusieurs reprises, des métrorrhagies abondantes qui se sont reproduites depuis l'opération, et qui ont beaucoup contribué à la débiliter. Ces pertes sont presque continuelles, parfois pourtant elles diminuent assez pour faire croire qu'elles vont s'arrêter. Le sang ressemble plutôt alors à de la sérosité sanguinolente. Ces intermittences durent tout au plus deux jours, et l'écoulement redevient abondant et franchement sanguin. Deux fois déjà depuis l'ovariotomie, elle est entrée à l'hôpital pour la même affection. La quantité de sang qu'elle perd est considérable ; elle est encore augmentée par les mouvements. Quelquefois il sort de gros caillots. La malade se plaint en même temps d'une constipation opiniâtre et de violentes douleurs dans la cavité pelvienne (coliques utérines) s'irradiant surtout vers la fosse iliaque gauche. Chaque jour elle a des vomissements bilieux ou alimentaires, des éructations acides ou nidoreuses. Pas d'appétit ; digère difficilement le peu d'aliments qu'elle prend. Pas de sommeil ; ne dort qu'en prenant des pilules de cynoglosse. Ses pertes sont dues à la présence d'une tumeur fibreuse interstitielle qui avait le volume d'une châtaigne au moment de l'opération. Aujourd'hui cette tumeur atteint le volume d'une tête de fœtus à terme.

Comme traitement, on a successivement recours à l'eau de Rabel, 2 gr., et à la tisane de grande consoude, à l'ergot de seigle, 2 gr. ; à l'eau d'Enghien. Ces divers médicaments ne paraissent pas agir d'une façon bien appréciable sur l'écoulement de sang qui diminue pendant un jour, pour reparaître aussi abondant les jours suivants. L'hémorrhagie suit toujours la marche indiquée précédemment.

29 avril. La malade demande à aller se reposer à la campagne. Depuis deux jours l'écoulement se réduit seulement à un peu de liquide légèrement rosé. Nous l'avons revue depuis. Les pertes, après avoir cessé, étaient revenues plus acondantes et s'étaient accompagnées de cachexie. La tumeur paraît avoir subi une dégénérescence cancéreuse rapide.

Obs. CDLIII. — *Métrite ulcéreuse du col. Tuberculose pulmonaire. Traitement général. Amélioration.* — Quernet (Marie), vingt-six ans, domestique, entre le 20 avril. Réglée à treize ans, elle eut à quatorze des métrorrhagies revenant quatre fois par mois et durant de trois à cinq jours. Cet état a persisté pendant un an. Mariée à vingt-trois ans, elle a eu deux enfants qui sont bien portants. Elle est amaigrie et cachectique.

Phénomènes suspects du côté des organes respiratoires. Bronchites répétées ayant réclamé à plusieurs reprises l'application de vésicatoires sur la poitrine. Hémoptysie abondante il y a huit jours.

Au mois de septembre 1873, avortement au troisième mois, à la suite d'une chute dans un escalier. Réapparition des règles six semaines plus tard ; elles furent alors très-fortes. La menstruation revint une seconde fois

au bout de cinq semaines. Perte abondante. Depuis quatre mois à peu près, elle perd continuellement un liquide séro-sanguinolent, rouge pâle. Elle a sensiblement maigri, et la toux est devenue constante. Examen de la poitrine : Poumon gauche absolument sain. Poumon droit : A la percussion, submatité et perte d'élasticité dans la fosse sus-épineuse. Exagération de sonorité sous la clavicule. Auscultation : Respiration rude. Expiration prolongée. Quelques craquements secs.

Examen des organes génitaux : Au toucher vaginal, col volumineux et mou. Corps de l'utérus occupant sa position habituelle. Mobilité et volume normaux. Au spéculum, le col apparaît rouge, déchiqueté, un peu fongueux. Autour de l'orifice, qui est entr'ouvert, se trouvent de petites ulcérations superficielles. Traitement reconstituant, la métrorrhagie diminue, et l'état général devient meilleur. La malade quitte le service au bout d'un mois.

Obs. CDLIV. — *Métrite granuleuse du col.* — Groult (Alexandrine), quarante ans, blanchisseuse, mariée, entre le 12 janvier 1875. Réglée à quatorze ans : l'a toujours été depuis régulièrement. Quatre accouchements sans accidents. Par le toucher vaginal, le doigt reconnaît un col hypertrophié sans induration bien prononcée ; sur la lèvre postérieure on sent des granulations. Au spéculum on trouve plusieurs petites ulcérations siégeant sur la lèvre postérieure du museau de tanche, et l'orifice du col laisse suinter un liquide muco-purulent, non mélangé de sang. La cavité du col est dilatée, mais l'utérus a sa position normale. La malade se plaint aussi de pesanteur dans le bassin et de douleurs, avec irradiations dans la région lombaire. Ces troubles s'exagèrent aux époques menstruelles.

Badigeonnages du col avec la teinture d'iode ; à l'intérieur, sirop d'iodure de fer et vin de quinquina. Guérison complète au bout d'un mois.

Obs. CDLV. — *Polype muqueux du col utérin. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Débove (Séraphine), cinquante ans, entre le 21 août 1874. Cette malade, robuste et d'un embonpoint satisfaisant, est affectée d'un polype utérin, dont le début avait passé complètement inaperçu. Depuis deux mois seulement, elle a ressenti dans le ventre une douleur vague, accompagnée d'une sensation de pesanteur. Un médecin de la ville reconnut un polype de l'utérus et l'engagea à entrer à l'hôpital. Elle a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-huit ans, époque de la ménopause et n'a jamais eu de métrorrhagies.

Au spéculum on aperçoit une tumeur du volume d'un gros marron, d'un rouge foncé avec des varicosités superficielles ; elle sort des lèvres du col de l'utérus, est indépendante de la vessie et du rectum, et a la forme d'une massue. Cette tumeur s'implante sur la face interne de la lèvre antérieure du col utérin qui est considérablement allongée. La lèvre postérieure

présente un autre petit polype. L'hystéromètre indique une hypertrophie considérable de l'utérus. La tumeur attirée au dehors avec une pince à griffes laisse voir son implantation pédiculée sur la lèvre antérieure du col.

22 août. La tumeur est attirée avec des pinces à griffes, puis on coupe avec des ciseaux la portion de muqueuse sur laquelle elle s'implante, ainsi que le petit polype qui siége sur la lèvre postérieure. Deux longues pinces hémostatiques suffisent à arrêter le peu de sang que donne la plaie. La coupe montre un polype de structure glandulaire sans traces de tissu fibreux. On pratique le tamponnement du vagin avec des éponges (enlevées deux jours après, le 24 août).

3 septembre. La malade peut se lever.

Du 18 au 22, léger écoulement sanguin par le vagin.

La malade sort guérie le 30 septembre.

Obs. CDLVI. — *Épithélioma du col. Évidement. Tamponnement du vagin. Guérison rapide.* — Lavoisier (Louise), quarante et un ans, ménagère, entre le 11 juin 1874. C'est une femme robuste qui paraît plus jeune qu'elle ne l'est. Réglée à seize ans. Première grossesse à dix-huit ans; menstruation toujours régulière. Elle a eu cinq enfants et fait deux fausses couches. Le premier accouchement fut terminé avec le forceps, et le col fut pincé entre les deux branches de l'instrument. La plaie nécessita une cautérisation au nitrate d'argent. Elle n'a jamais eu de maladies d'aucune espèce.

Au mois de février dernier, elle eut des pertes accompagnées de prurit dans la région anale, avec sentiment de pesanteur pendant la marche. Pendant un mois, leucorrhée abondante. Le 2 mars, elle fut prise, sans cause apparente, d'une forte métrorrhagie qui dura trois jours; elle rendit une grande quantité de caillots. Depuis lors elle a toujours perdu, tantôt en rouge, tantôt en blanc, de sorte que ses forces ont beaucoup diminué; elle a perdu l'appétit, et même un peu maigri.

Au toucher on trouve une tumeur recouvrant la lèvre antérieure du col utérin. Celui-ci est dégénéré et présente l'aspect d'un champignon mollasse et saignant; néanmoins, la maladie ne s'est pas propagée en avant ou en arrière.

20. On fixe l'utérus avec des pinces érignes, et on fait ensuite l'évidement du col. On se sert de deux bistouris à manche long; le premier pointu pour commencer l'incision, et l'autre mousse pour finir l'évidement. On pratique à la surface du col une incision circulaire le plus haut possible, tout en se tenant à distance des culs-de-sacs péritonéaux. On coupe ensuite à travers le col, obliquement de bas en haut et de dehors en dedans jusque sur la muqueuse qui est enlevée elle-même très-largement.

On place un tampon dans le vagin sans recourir à la cautérisation.

21. La malade va bien, ne ressent aucune douleur du côté de l'utérus. Appétit et sommeil. Pas de fièvre.

23. Pas d'hémorrhagie. Le mieux continue.

26. Demande à sortir.

Obs. CDLVII. — *Épithélioma du col.* — Cant (Aurélie), trente-deux ans, mécanicienne, entre le 9 mars 1875. Réglée à dix ans. Toujours régulièrement. Trois accouchements normaux ; le dernier datant de quinze mois.

Depuis lors, menstruation irrégulière, plusieurs métrorrhagies chaque mois. Pendant le mois de février 1875, elle a fait un séjour de trois semaines dans un autre hôpital à cause d'une métrorrhagie abondante arrivée trois jours après les règles. Elle perdait alors de gros caillots. La malade, depuis sa sortie, a continué de voir une eau roussâtre. Le toucher vaginal montre un col hypertrophié, volumineux et dur, avec des fongosités saignantes à sa surface, l'orifice externe est un peu ouvert. Le cul-de-sac gauche est déjà envahi par un tissu dur et résistant, de même nature que celui du col. La malade accuse en outre des douleurs dans le bassin avec un sentiment de pesanteur. Les métrorrhagies fréquentes contribuent à son affaiblissement et la mettent dans l'impossibilité de travailler. Le liquide rosé qui s'écoule a une odeur fade, mais non repoussante comme celle du cancer de l'utérus. Amaigrissement ; aspect général cachectique. Palpitations. P=120. A l'aide d'un cautère tranchant rougi au feu, nous évidons le col de manière à enlever largement toute la base du cancroïde.

Traitement général reconstituant. Injections au tannin. Disparition rapide des métrorrhagies et amélioration de l'état général.

Obs. CDLVIII. — *Cancer de l'utérus.* — Beguin (Alexandrine), quarante-sept ans, entre le 1er juin 1874. Pas d'antécédents cancéreux héréditaires. Début il y a un an par des métrorrhagies très-abondantes. A son entrée, cachexie cancéreuse avancée. Le col et le corps de l'utérus sont envahis par une tumeur de forme irrégulière, dure, bosselée, du volume du poing, portant en certains endroits des points ramollis et ulcérés. Écoulement ichoreux abondant et très-fétide. Injections calmantes et antiseptiques.

Quitte le service au bout de vingt-deux jours.

Obs. CDLIX. — *Cancer utérin. Mort rapide.* — Marie O..., trente-huit ans, entre le 6 juin 1874. Début il y a trois mois. Métrorrhagies répétées, douleurs lancinantes.

Cachexie cancéreuse avancée, teinte jaune-paille, amaigrissement, écoulement ichoreux et très-fétide. Même traitement que la malade précédente. Mort vingt jours après son entrée dans le service.

Obs. CDLX. — *Déchirure du périnée. Gangrène des grandes lèvres. Désinfectants locaux. Toniques à l'intérieur. Guérison des plaies.* — Chapote (Marguerite), dix-huit ans, ouvrière en dentelles, entre le 9 mars 1874. Elle est pâle, maigre, anémique. Sa mère est morte phthisique. Réglée à onze ans et demi, elle a toujours vu régulièrement.

Accouchée pour la première fois, le 20 février dernier, à l'hôpital des Cliniques. L'accouchement a été facile, dit-elle; on n'a point employé le forceps; toutefois, le périnée a été déchiré. Les suites ont été bonnes. Au bout de dix jours, elle a cependant ressenti de la cuisson et des élancements dans les grandes lèvres qui se sont tuméfiées, sans devenir douloureuses à la pression. Tous les soirs elle était prise vers quatre heures d'un accès de fièvre qui s'est renouvelé pendant vingt jours successifs. On a prescrit des cataplasmes et du vin aromatique.

Bientôt le gonflement a diminué, mais la douleur s'est accrue. Les téguments de la face interne des grandes lèvres ont pris peu à peu une coloration noire et sont tombés par plaques. La suppuration s'est faite abondamment et n'a commencé à diminuer qu'à mesure que les plaques tombaient.

Sur trente malades que contenait la salle d'accouchement, douze ont été atteintes d'une pareille affection. La malade sortit avant que la guérison fût complète. Elle resta quatre jours chez elle, et revînt ensuite à Saint-Louis.

Les grandes lèvres sont le siége d'un écoulement purulent assez abondant; elles sont très-douloureuses au toucher. L'œdème a diminué, mais sur la face interne on voit des îlots qui offrent l'aspect d'eschares en voie d'élimination. Leurs bords sont secs, mortifiés et soulevés dans une certaine étendue.

Le périnée a été rompu, et la rupture s'étend vers l'anus sans cependant intéressser le sphincter.

11 mars. La malade est toujours prise de sa fièvre vers quatre heures du soir; cet accès dure une heure et demie. Elle mange très-peu et a de l'insomnie à cause de la cuisson qu'elle ressent sur les parties malades. On applique des compresses d'eau phéniquée et on donne le sirop d'iodure de fer et le vin de quinquina.

15. La suppuration a beaucoup diminué; l'aspect de la plaie est meilleur; on ne voit plus de parties sphacélées.

La malade a repris son appétit; elle sent revenir ses forces et peut marcher. Elle quitte le service le 18 mars.

Obs. CDLXI. — *Déchirure ancienne du périnée. Périnéorrhaphie. Accidents nerveux. Érysipèle. Guérison.* — Caillot (Marie), quarante-neuf ans, sans profession, entre le 4 juin 1874. Mariée à seize ans, elle eut

l'année suivante un accouchement très-difficile. Les grandes douleurs durèrent au moins vingt-quatre heures, et il fallut employer le forceps pour terminer l'accouchement. Il se fit alors une large déchirure périnéale. Elle a eu, depuis lors, six accouchements dont un gémellaire. Tous se sont accomplis sans difficulté. La rupture s'est faite dans la totalité du périnée.

Il existe un large hiatus qui s'étend de la vulve à l'anus. Cette malade a en même temps une rectocèle, une cystocèle et un prolapsus utérin. La marche est difficile et douloureuse. On n'a pas cherché jusqu'ici à remédier à ces accidents, parce que la malade ne sachant pas qu'une opération était praticable n'avait jamais songé à se soumettre à un traitement. Elle l'a appris accidentellement en se faisant examiner pour une tumeur abdominale dont elle se croyait atteinte, et sur le compte de laquelle elle mettait tous les accidents qu'elle éprouvait. (Cette malade est névropathe à un très-haut degré.)

6 juin. Avivement des deux bords de la déchirure; on enlève le tissu cicatriciel aussi largement que possible, en ayant soin de ménager les couches sous-jacentes qui sont très-vasculaires.

Réunion des surfaces avivées, suivant notre procédé, au moyen de onze fils métalliques: six profonds et cinq superficiels placés dans l'intervalle des premiers. Les fils profonds sont passés au moyen des aiguilles à courbure appropriée, qui ont été construites sur nos indications par M. Guéride. Elles sont montées sur un manche construit spécialement pour la périnéorrhaphie.

7. A passé une très-mauvaise nuit. Est très-agitée. La peau est chaude. Souffre beaucoup de sa plaie.

9. A souvent des secousses nerveuses avec convulsions des membres, constrictions fréquentes des mâchoires et grincements de dents. La voix est saccadée. P = 104. A pris hier un peu de bouillon et de la viande crue. Une sonde à demeure est placée dans la vessie; une autre dans le vagin pour faciliter les injections: chloral à l'intérieur.

12. A passé une bonne journée hier, mais n'a pu dormir un instant cette nuit. Ce matin elle souffre plus qu'hier et elle éprouve encore des mouvements convulsifs. La peau est chaude, le pouls fréquent. Pas d'appétit.

14. Langue sale. Bouche sèche et pâteuse. Même fréquence du pouls. A eu du délire dans la nuit. N'a pu dormir malgré les deux pilules d'opium qu'elle a prises. Pas de garde-robes depuis huit jours. A pris un potage et un peu de poulet. — Bromure de potassium, 4 gr.

17. Une rougeur érysipélateuse apparaît sur la cuisse droite qui est tendue, luisante et sensible; les ganglions de l'aine sont pris. La plaie est douloureuse et sèche.

20. P = 96, mou et dépressible. Fièvre dans la nuit. Cauchemar. La figure est moins animée que de coutume. La bouche est toujours pâteuse.

L'érysipèle a presque disparu. Il a été du reste assez bénin. Souffre beaucoup de sa plaie, mais la pression sur les grandes lèvres est moins pénible.

22. Plus de traces de l'érysipèle. Moins de mouvements convulsifs.

24. La réunion par première intention est complète. On enlève les fils métalliques; on laisse en place le fil le plus près de la vulve. Plus de fièvre, mais l'appétit et le sommeil sont lents à revenir.

28. On enlève le dernier fil métallique. Toujours peu de sommeil et d'appétit. Cependant la malade se sent mieux et plus forte.

4 juillet. Sort de l'hôpital complétement guérie.

Obs. CDLXII. — *Fistule intéressant la vessie, la paroi antérieure du vagin, le corps de l'utérus et la lèvre antérieure du col. Occlusion du vagin. Guérison.* — Metz... (Anne), trente-sept ans, couturière, entre à l'hôpital le 16 décembre 1874, se plaignant d'incontinence habituelle d'urine.

Elle paraît de bonne constitution. Rien dans ses antécédents ne permet de supposer l'existence d'une diathèse héréditaire ou acquise. Réglée pour la première fois à seize ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis cette époque. Bassin étroit. Première grossesse à trente-six ans. Accouchement difficile après un travail de longue durée (assistée par une sage-femme). C'est depuis ce temps que la malade est atteinte de l'infirmité pour laquelle elle entre à l'hôpital. On la trouve dans l'état suivant : les grandes lèvres, la racine des deux cuisses et leur face interne, dans une étendue de quatre travers de doigt, présentent une coloration d'un rouge violacé, livide par places. Cette rougeur est due à l'irritation produite par le contact permanent de l'urine. Il n'y a toutefois ni éruption ni ulcération. La malade se plaint d'une sensation de chaleur et de prurit continuel sur les téguments. Au voisinage de l'ouverture vulvaire, on trouve de petits dépôts calcaires incrustés sur la peau.

Par le toucher vaginal, on n'acquiert que des renseignements insuffisants sur la fistule. On s'aperçoit seulement que la paroi antérieure du vagin est déprimée par la vessie qui vient faire saillie à ce niveau, et constituer une cystocèle vaginale incomplète. La paroi postérieure est également déprimée par le rectum dilaté. Il y a entre les saillies rectale et vésicale un véritable aplatissement du vagin qui est réduit à une sorte d'orifice rubané. A l'aide d'un large spéculum bivalve, on reconnaît que la lèvre antérieure du col utérin, sans être entièrement détruite, présente une fissure linéaire, irrégulière et anfractueuse. La paroi antérieure du vagin est intéressée dans une étendue de 1/2 centimètre. Cette fissure s'arrête dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du col et il est impossible de faire pénétrer par là une sonde jusque dans sa cavité. Par contre, en introduisant une sonde dans l'utérus par l'orifice normal du museau de

tanche, on peut la sentir avec l'extrémité d'une autre sonde introduite dans la vessie. On en conclut que la fistule intéresse la vessie, la paroi antérieure du vagin au niveau de son insertion supérieure ; le corps de l'utérus à son union avec le col et la lèvre antérieure de ce dernier, mais seulement dans une partie de son épaisseur ; de sorte que l'urine passe en même temps directement dans le vagin et dans la cavité du corps de l'utérus.

26 décembre. Occlusion du vagin.

[Voir les considérations qui suivent.]

27. Disparition complète de l'incontinence d'urine. Pas de réaction fébrile. État général, appétit très-satisfaisants.

31. Enlèvement de deux fils.

10 janvier. On enlève de nouveaux fils.

22. On retire les deux derniers fils ; ils ont coupé la muqueuse. Malgré cela, l'oblitération est complète, et l'urine sort par sa voie naturelle, sans le secours de la sonde. Il n'y a plus aucune irritation sur les cuisses et les organes génitaux externes.

La malade quitte l'hôpital.

CONSIDÉRATIONS SUR CE CAS

La fistule vésico-utérine constitue une infirmité répugnante ; elle expose les malades à tous les inconvénients d'une irritation continuelle des organes génitaux externes et de la peau des cuisses, aux phlegmons circonscrits, aux érysipèles. Par conséquent, sans menacer la vie, elle contribue à la rendre insupportable, et devient parfois la cause prochaine d'un danger grave. Il faut donc y remédier quand on le peut.

L'occlusion du vagin à la partie supérieure est le traitement le plus sûr et le plus rationnel. On doit toutefois reconnaître que cette opération présente un inconvénient très-sérieux : elle amène fatalement la stérilité. Il est peu probable qu'une grossesse pût suivre chez cette femme son évolution normale et aboutir à un accouchement heureux. La certitude de stérilité ne nous paraît pas une raison suffisante pour que nous nous dispensions de remédier à un état plus que désagréable, et qui peut à un moment donné mettre en péril la vie de la malade.

Lorsque l'oblitération du vagin est complète, le sang mens-

truel passe aisément par la vessie, et les malades ne se plaignent jamais de dysménorrhée.

Le manuel opératoire comprend deux temps principaux également importants :

1° Avivement pratiqué sur toute la circonférence du vagin, à 1 centimètre en avant du col ;

2° Sutures métalliques assez rapprochées pour maintenir affrontées les parties avivées.

Nous prenons pour exécuter l'opération les précautions suivantes :

1° La malade est endormie par le chloroforme ;

2° On la couche sur le lit à opération sur le côté gauche, la tête et la poitrine portées en avant, la jambe gauche allongée, la droite fléchie, le bras droit maintenu dans l'élévation, afin que par son poids il ne mette point obstacle aux mouvements respiratoires. On reporte le bassin un peu en arrière, afin que le fond du vagin soit bien éclairé et placé directement en face de l'opérateur.

La vulve est maintenue dans l'écartement par les doigts d'un aide.

Afin d'obtenir le déplissement complet de la muqueuse vaginale, on introduit un long spéculum de Sims, et avec une simple valve de Jobert, on peut compléter la dilatation.

3° Pour l'avivement, on se sert de pinces convenables et d'un bistouri courbe. Tous les instruments dont nous nous servons pour ces sortes d'opérations ont été faits ou modifiés sur nos indications, de manière qu'ils aient une très-grande longueur. Sans cette précaution, les mains de l'opérateur, placées trop près de la vulve, l'empêcheraient de suivre l'action de ses instruments. On trace d'abord, avec ce bistouri, la ligne selon laquelle doit se faire l'avivement. Dans un second temps on avive plus profondément en commençant par la partie déclive. On a soin, en plaçant une pince hémostatique aussitôt qu'arrive un peu de sang, d'éviter toute hémorrhagie qui empêcherait de bien voir au fond du vagin.

4° Pour la suture, nous employons des aiguilles de diverses courbures et le chasse-fils ordinaire. Pour bien fixer la paroi vaginale et l'empêcher de fuir au moment du passage des fils, on passe le premier à peu près sur la ligne médiane et de façon qu'il ne comprenne que la paroi antérieure. Pendant le reste de l'opération ce fil sert, de même que ceux qui sont placés près de lui, à la fixer et à la maintenir tendue. Le côté opposé est également tendu au moyen d'une pince afin d'empêcher qu'il ne s'enroule On fait passer neuf fils métalliques, tordus au moyen du serre-nœud de M. Denonvilliers.

L'opération dure une heure en tout.

5° Nous plaçons ensuite une sonde à demeure maintenue à l'aide d'une rondelle de liége et de deux sous-cuisses élastiques.

Nous nous servons depuis une quinzaine d'années de sondes en caoutchouc ainsi maintenues pour remplacer les sondes métalliques, et nous en avons retiré les meilleurs effets pour fixer les sondes à simple ou double courant destinées à faciliter l'écoulement de l'urine ou même du pus des abcès pelviens par le fond du vagin.

Obs. CDLXIII. — *Absence de vagin. Formation d'un vagin artificiel. Érysipèle. Guérison.* — Richier (Marguerite), vingt-cinq ans, entre le 27 mai 1874.

Personne d'une forte constitution, ayant les traits assez gros, les seins peu développés et un aspect général masculin. Elle présente une imperforation partielle du vagin.

La malade n'a jamais été réglée, mais depuis l'âge de douze ans, elle éprouve tous les mois des douleurs dans le ventre et les lombes. Ces douleurs, qui reviennent par accès périodiques, sont atroces et durent quatre à cinq jours.

A son entrée dans le service, elle présente les phénomènes suivants : Les grandes et les petites lèvres ont leur développement normal, mais au-dessous des petites lèvres existe un cul-de-sac qui ne laisserait pas introduire un crayon. L'urèthre est fortement élargi. Il n'est pas possible de se rendre un compte exact de la position et du développement de l'utérus. Le toucher rectal donne l'idée d'un utérus très-petit, très-peu développé. Si l'on introduit une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum, on constate que l'espace intermédiaire est très-petit ; la vessie est portée en arrière.

Au moment de la période menstruelle, l'utérus n'augmente pas sensiblement de volume.

30 mai. On tente de faire un vagin artificiel pour arriver jusqu'à l'utérus. Il est difficile de diviser la paroi recto-vésicale et de se frayer une route sans pénétrer dans les cavités rectale ou vésicale. Il faut en outre atteindre le col de l'utérus, éviter de laisser une paroi muqueuse trop mince qui produirait une eschare, et par suite une fistule vésico- ou recto-vaginale.

L'opération est faite avec le bistouri. On agrandit d'abord le cul-de-sac. Toutes les incisions sont pratiquées dans le sens transversal, et, grâce à de nombreuses pinces hémostatiques, la perte de sang est insignifiante.

L'opérateur se guide plutôt sur le doigt placé dans le rectum que sur le cathéter introduit dans la vessie; on élargit sur les côtés. On arrive ainsi sur le col de l'utérus qui est peu volumineux, et ne présente rien de particulier.

Les jours qui suivent l'opération la température axillaire ne dépasse pas 38°,5. Le pouls reste à 100 pendant deux jours pour tomber ensuite à 96, 90, 86. De grosses mèches cératées introduites dans le vagin nouvellement formé constituent le pansement local. On laisse dans la vessie une sonde à demeure pour que l'urine venant à s'écouler n'irrite pas la plaie. Bon appétit. Sommeil bon. Rhum, 250 gr. Sulfate de quinine, 0gr,50.

Le 1er juillet la malade éprouve des douleurs semblables à celles qui apparaissaient avant l'opération (c'est en effet l'époque menstruelle); mais aucun écoulement de sang ne se produit. Ces douleurs disparaissent au bout de cinq jours.

24. Même pansement local. La muqueuse du vagin artificiel s'est bien formée sur toute son étendue, excepté sur un petit point situé au fond du vagin et qui suppure encore. Un ganglion de l'aine s'est engorgé depuis quelques jours et suppure. Pansement avec le vin aromatique. Traitement général reconstituant.

28. L'adénite suppure moins; appétit bon et sommeil. Le pouls reste à 90. TA. 38,6.

1er août. Rougeur érysipélateuse à la racine de la cuisse près de l'adénite. La malade a eu hier soir un peu de fièvre et un petit frisson. Le matin, P = 96. T. 39.

2. Purgatif. La rougeur s'accentue, mais ne dépasse pas les premières limites.

3. Elle s'étend le long de la cuisse avec un peu d'œdème du membre. P = 96. T. 39.

4. Même état. Badigeonnage avec le mélange à parties égales d'éther et de térébenthine.

6. La malade n'a pas eu de nouveaux frissons. L'érysipèle se limite.

8. La rougeur est moins vive. P = 90. T. 38,9.

10. L'érysipèle diminue de plus en plus. L'appétit et le sommeil reviennent. Disparition complète des accidents dus à l'érysipèle.

Au mois de septembre la cicatrisation complète du vagin est obtenue. Ce conduit a un diamètre à peu près normal; sa longueur est de 7 cent. 1/2.

La malade part pour le Vésinet le 15 septembre.

Obs. CDLXIV. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. Repos. Incision. Amélioration.* — Brun (Marie), vingt-quatre ans, entre le 20 novembre 1874 pour une tumeur kystique de la glande vulvo-vaginale. Cette tumeur, molle, fluctuante, est de la grosseur d'une châtaigne. La peau et la muqueuse ont leur couleur et leur température normales. La malade accuse un sentiment de gêne plutôt que de la douleur. Il y a un an, la tumeur apparut une première fois et avec les mêmes symptômes. Elle céda après quelques jours de repos. Jamais il n'y a eu de phénomènes inflammatoires. La tumeur est ouverte avec le bistouri. Pansement à plat.

La malade reste huit jours dans le service, et sort guérie le 27 novembre.

Obs. CDLXV. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. Ponction. Drainage. Guérison.* — Bordeaux (Marie), quarante-sept ans, couturière, entre le 9 février 1874. Réglée pour la première fois à quinze ans et demi, toujours régulièrement. Trois accouchements, dont le dernier a été rendu difficile par la présence de la tumeur.

Il y a seize ans, elle vit apparaître une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui n'occasionnait ni gène, ni douleur. Située à droite près de la vulve, cette tumeur est restée stationnaire pendant dix ans. Elle a ensuite grossi, et a mis trois à quatre ans pour acquérir le volume d'un œuf de pigeon.

En 1870, la malade s'étant livrée à des travaux pénibles, la tumeur, devenue plus volumineuse, s'est avancée jusqu'à la base de la grande lèvre droite, tout en restant indolente. En quatre ans, elle a atteint le volume du poing. Depuis six mois la malade a ressenti des douleurs sourdes, mais continuelles; elle éprouvait parfois des élancements. La marche était très-pénible; elle souffrait beaucoup pendant huit jours, puis survenait une période de rémission qui durait quinze jours.

Au moment de son entrée dans le service, on voit sur la grande lèvre droite une tumeur non transparente, recouverte en dedans par la muqueuse du vagin, en dehors par la peau et siégeant au-dessous du muscle constricteur. Cette tumeur est de forme ovoïde; l'extrémité postéro-inférieure est la plus grosse. Le kyste est mobile en tous sens, excepté du côté de la grande lèvre. Il est très-nettement fluctuant; il n'est pas réductible, et n'a pas de prolongements.

On place un tube à drainage vers la partie supérieure de la tumeur au voisinage du canal de Bartholin. Le liquide qui s'écoule est vert brun, rempli de cholestérine. Il ressemble au méconium. Il contient une proportion considérable de globules sanguins décomposés.

21 février. Fièvre très-forte de sept heures du soir à trois heures du matin; pas de sommeil; la langue est blanche, l'appétit nul. La malade ne peut uriner sans être sondée; urine sanguinolente. Pas de suppuration. Alcool, sulfate de quinine, 25 centigr.; cataplasmes; extrait thébaïque, 5 centigr.

22. Nouvel accès de fièvre à la même heure qu'hier; accuse ce matin quelques élancements dans la grande lèvre droite qui est très-douloureuse.

24. Même état; la suppuration s'établit faiblement: eau de Sedlitz.

26. Se trouve mieux, la fièvre a été beaucoup moins forte; l'appétit revient; urine seule, mais la miction est douloureuse et s'accompagne d'une sensation de brûlure. Constipation opiniâtre. Lavement laxatif.

28. Le gonflement a un peu diminué, mais la grande lèvre est toujours dure et très-douloureuse.

5 mars. Même état local; la suppuration peu abondante; le gonflement a diminué d'une manière sensible, l'appétit est assez bon.

13. Frisson hier soir. Ce matin la peau est chaude et humide. P = 78; céphalalgie violente; anorexie. Pas de nouveaux phénomènes locaux, la grande lèvre est redevenue souple: elle est moins douloureuse. Ipéca, sulfate de quinine.

16. Toujours un peu de céphalalgie. Palpitations. Pas de nouveaux frissons.

21. État général satisfaisant. On enlève le tube de caoutchouc.

25. La grande lèvre droite est redevenue sensible à la pression; le gonflement a repris. Sentiment de cuisson pendant la miction. L'urine est rouge et sédimenteuse. P = 72. La malade voulant quitter l'hôpital, on replace un drain qu'elle gardera tant que dureront la suppuration et l'induration actuelles.

Obs. CDLXVI. — *Kyste de la glande vulvo-vaginale. — Drainage. — Guérison.* — Guillaumé (Joséphine), quarante-neuf ans, entre le 11 novembre 1874. Femme d'une forte constitution, d'une santé générale satisfaisante, sans antécédents pathologiques.

Elle présente une tumeur faisant saillie à la vulve, et qu'on avait prise d'abord pour un prolapsus utérin. Cette tumeur ressemble à un kyste de la petite lèvre, mais elle se dirige vers la fourchette. Elle est allongée, du volume d'un petit œuf, dépasse d'environ 1 centimètre l'orifice de la vulve. Elle est pâle sur la plus grande partie de sa surface, sauf vers son extrémité antérieure où elle présente un petit point plus rosé que le reste.

Vers la fourchette, on sent par le toucher un bourrelet circulaire qui semble entourer une perforation de la paroi du vagin, mais il n'y a en réalité qu'un diverticulum du kyste. En écartant les lèvres et en appuyant sur les deux extrémités, on découvre une fluctuation manifeste sans réductibilité. La tumeur est indolente et ne présente pas de traces d'inflammation.

Son début remonte à six mois; elle avait d'abord le volume d'une noisette et a grossi progressivement.

14 novembre. On pratique une ponction avec le trocart. Elle donne issue à un liquide épais, couleur chocolat, mélangé d'une assez grande quantité de grumeaux de pus sans cholestérine. On fait une contre-ponction à la partie déclive et on passe un drain qui sert à faire des lavages simples d'abord, iodés ensuite.

La santé ne subit aucune influence fâcheuse de l'opération.

Le tube à drainage est laissé en place, et l'on continue les lavages iodés. On le retire au bout de huit jours, et l'oblitération complète de la poche kystique est obtenue le quinzième jour. La malade quitte le service le 27 novembre.

CHAPITRE XI

MALADIES DES RÉGIONS.

§ I

TÊTE.

21 observations. — Nous les rapportons suivant les régions : une est relative au cuir chevelu, une à la région temporale, une à la queue du sourcil, trois au nez, six aux lèvres, deux à la joue, sept à la région massétérine.

La tumeur du cuir chevelu que nous avons enlevée était un épithélioma pavimenteux (voy. obs. CDLXVII) ; elle présentait cette particularité qu'elle s'était développée à l'âge de quarante-huit ans seulement dans une loupe que la malade portait depuis l'enfance ; la mort survint le treizième jour à la suite d'une série de circonstances déplorables. Cette opérée contracta un léger érysipèle de la face et du cuir chevelu ; on la plaça dans notre salle d'isolement et dès le lendemain une pneumonie du côté droit se déclara. Peut-être la malade avait-elle éprouvé un refroidissement pendant le transport ; la chose est d'autant plus probable que ce jour-là (1er décembre 1874), la température était très-basse ; toujours est-il que la mort arriva quatre jours plus tard.

Le cancroïde de la région temporale fut guéri complétement au bout de deux mois par des applications répétées de pâte de Canquoin (obs. CDLXVIII).

Nous ne donnons qu'une observation de kyste de la queue du sourcil et pourtant nous en avons enlevé un très-grand nombre. La plaie étant peu étendue, il arrive très-souvent que les ma-

lades, comme ceux qui portent des loupes du cuir chevelu, n'entrent pas à l'hôpital et retournent chez eux ; de cette façon un grand nombre d'observations n'ont pu être recueillies. En revanche, nous donnons à la suite du cas que nous publions quelques considérations que nous avons souvent répétées dans nos leçons.

Les tumeurs du nez enlevées sont au nombre de trois, deux cancroïdes dont l'un occupait l'aile gauche et fut guéri temporairement par le chlorate de potasse (voy. obs. CDLXXI); l'autre, l'extrémité antérieure ; nous l'enlevâmes avec le bistouri et la plaie guérit sans difficulté; un petit fibrome papillaire de l'aile gauche fut enlevé également avec le bistouri chez un enfant de douze ans. (obs. CDLXX).

Toutes les personnes entrées pour des maladies des lèvres avaient des cancroïdes, à l'exception d'une seule qui n'avait qu'un gros furoncle de la lèvre supérieure. Deux cancroïdes seulement étaient opérables (obs. CDLXXIV et CDLXXV) ; tous deux furent enlevés et les malades guérirent.

Les trois autres étaient à une période trop avancée pour qu'on pût songer à intervenir. Celui du malade de l'observation D avait été déjà enlevé deux mois avant son entrée par la ligature au moyen du fil ordinaire; il récidiva dans le ganglion sus-hyoïdien médian, et tous les ganglions du cou furent envahis avec une rapidité foudroyante.

Nous ne rapportons que deux observations d'affections des joues :

1° Un kyste sébacé du sillon naso-jugal droit enflammé au moment de l'entrée du malade dans nos salles ;

2° Un cancroïde dont nous fîmes l'ablation et qui n'a pas récidivé.

Des huit observations relatives à la région massétérine, cinq ont trait à des adénites consécutives à des affections dentaires et développées dans les ganglions sous-maxillaires et dans celui que l'on trouve au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Trois d'entre elles guérirent par la ponction et le drainage, une par la simple application de cataplasmes, une

autre par l'avulsion des dents cariées. La fistule observée au même point avait une origine identique ; lorsque les dents cariées qui agissaient comme une cause d'irritation permanente et entretenaient la suppuration eurent été enlevées, elle guérit sans autre traitement que des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent (voy. obs. CDLXXXVII).

Enfin, deux maladies rares ont été observées dans la même région : un abcès développé près de la parotide accessoire dans l'épaisseur du muscle masséter, autour d'un petit corps étranger allongé et pierreux ; nous avons reconnu que c'était un poil de barbe incrusté de sels calcaires. Malheureusement nous n'avons pas pu, par l'interrogation du malade, nous rendre compte du mécanisme par lequel ce corps étranger avait été introduit dans l'intérieur de la région (voy. obs. CDLXXXI).

Chez une jeune fille de vingt et un ans, nous enlevâmes un angiome caverneux circonscrit développé dans l'épaisseur d'un fibro-lipome (voy. obs. CDLXXXVIII).

A. — Cuir chevelu.

Obs. CDLXVII.— *Épithélioma développé dans un kyste sébacé. Ablation. Érysipèle du cuir chevelu et de la face. Pneumonie. Mort.* — Delmetz (Scolastique), quarante-huit ans, entre le 18 novembre 1874. C'est une femme bien constituée et d'une bonne santé générale. Elle porte au sommet de la tête une tumeur de la grosseur d'une orange, dont le début remonterait à l'enfance. Jusqu'au mois de janvier de l'année 1873, cette tumeur avait conservé le volume d'une noix ; depuis lors elle a atteint celui d'une orange, et il y a trois mois, il s'est formé vers le sommet une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 cent. Cette ulcération devient de plus en plus profonde, de sorte que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

On constate alors que la tumeur est lisse, uniformément arrondie, de consistance molle, sans fluctuation manifeste ; l'ulcération a le diamètre d'une pièce de 1 fr. Les bords sont irréguliers, déchiquetés, creusés en puits et saignent facilement. Le fond est garni de gros bourgeons fongueux d'un rouge brun.

La tumeur n'est plus mobile, elle adhère solidement par sa base aux parties profondes. Il s'écoule à la surface de l'ulcération un liquide séro-

sanguinolent de mauvaise odeur. Pas de ganglions engorgés. Avec le stylet, on trouve que l'os est à nu.

21 novembre. La malade ayant été endormie, une incision circulaire est faite à 2 centimètres au delà de la base de la production morbide. Les tissus du voisinage sont fortement indurés et la tumeur a contracté de nombreuses adhérences avec le périoste sous-jacent.

L'examen microscopique a montré que le kyste était transformé en un épithélioma pavimenteux (M. Malassez).

Les quatre jours qui suivent l'opération se passent sans accident. La malade prend du rhum et du sulfate de quinine. Le pouls reste à 90. La plaie est recouverte de compresses d'eau alcoolisée, fréquemment renouvelées.

25. La malade est prise de sueurs profuses.

26. Sur le front et les tempes, on remarque une rougeur légère. La malade se plaint beaucoup de la tête, sans désigner de point plus douloureux que le reste. P = 104. Purgatif. Poudre d'amidon.

27. La rougeur s'accentue et occupe la plus grande partie de la région temporale droite. Œdème du front. P = 104.

28. Même état. P = 108.

29. L'érysipèle a gagné toute la face. P = 140. Rhum 250 gr. Sulfate de quinine 1 gr.

30. Même état. Même traitement. Poudre d'amidon. La malade est transportée dans la salle d'isolement. P = 104.

1er décembre. Crachats rouillés. Râles muqueux et sous-crépitants dans toute la base du poumon droit. Point de côté à droite. Potion au kermès.

2. Même état. P = 100. L'érysipèle s'éteint, l'œdème de la face diminue. Souffle à la base du poumon.

3. Le pouls monte à 120. Délire dans la nuit; la malade succombe le matin à 5 heures. L'autopsie n'a pu être faite.

B. — Région temporale.

Obs. CDLXVIII.— *Cancroïde superficiel de la région temporale droite. Cautérisation avec la pâte de Canquoin. Guérison.* — Vergara (André), trente-huit ans, employé de commerce, entre le 5 avril 1875. La région temporale droite présente une ulcération ronde, à bords indurés, de la grandeur d'une pièce de 5 fr.; le fond est granulé, d'un rouge brun, saignant et donnant un ichor ambré. Le fond de l'ulcération adhère étroitement aux parties sous-jacentes. Les bords présentent une hypertrophie papillaire très-marquée. Un des ganglions parotidiens est dur et augmenté de volume.

5 avril. Cautérisation profonde avec la pâte de Canquoin, de manière à

détruire entièrement le bord induré de l'ulcération ; iodure de potassium à l'intérieur.

9. Deuxième cautérisation.

12. Nouvelle cautérisation sur un petit point marginal induré.

Le malade quitte le service le 16 avril. On l'a revu à différentes reprises. Le 20 juin, la guérison était complète et le ganglion parotidien disparu.

C. — Région sourcilière.

Obs. CDLXIX. — *Kyste dermoïde du sourcil gauche. Énucléation. Guérison.* — Ludvig (Pauline), vingt-deux ans, domestique, entre le 8 janvier 1875. Porte une petite tumeur congénitale à l'extrémité interne du sourcil gauche.

Elle présente actuellement le diamètre d'une pièce de 1 franc, n'adhère pas à la peau qui a conservé sa coloration normale, n'est pas mobile profondément et paraît au contraire avoir contracté quelques adhérences avec le périoste ; elle déborde légèrement sur la partie supérieure de la paupière. Cette tumeur est résistante, élastique et fluctuante, insensible à la pression.

Énucléation au moyen d'une incision parallèle au soureil. La tumeur a contracté quelques adhérences avec le périoste. Plaie réunie au moyen de deux épingles. Guérison au bout de huit jours.

CONSIDÉRATIONS SUR LES KYSTES DU SOURCIL.

Les kystes de la région sourcilière présentent plusieurs particularités dignes d'intérêt et relatives :

1° *A leur nature.* Les uns sont des kystes sébacés, les autres des kystes dermoïdes.

2° *A leur siége.* Ceux que l'on trouve vers la queue du sourcil appartiennent à la seconde variété. Au milieu ou à l'extrémité interne, ce sont le plus souvent des kystes sébacés.

3° *A leur profondeur.* Ils sont sous-musculaires, se creusent une sorte de loge dans leur périoste et contractent avec lui d'étroites adhérences.

4° *A leur structure.* Leur paroi est extrêmement ténue ; plus que celle des kystes sébacés de n'importe quelle région. Nous l'avons vue plusieurs fois réduite à une simple couche d'épithé-

lium. La matière qu'ils renferment est fine, granuleuse, et ne mérite qu'improprement le nom de matière sébacée.

5° *A leur développement.* Bien que congénitaux, ils restent longtemps stationnaires et grossissent à l'âge adulte.

6° *A leur traitement.* L'ablation est sans difficulté; les plaies du sourcil guérissent bien, mais il faut éviter de sectionner les adhérences de l'aponévrose orbito-oculaire, car on s'exposerait sans nécessité à un phlegmon de l'orbite. Nous avons eu souvent l'occasion d'enlever des kystes du sourcil dans nos séances du samedi, mais presque toujours les malades sont retournés chez eux après le pansement; c'est ce qui explique pourquoi nous ne donnons ici qu'une seule observation.

D. — Nez.

Obs. CDLXX. — *Fibrome papillaire de l'aile gauche du nez. Ablation. Guérison.* — X..., douze ans, vient à la consultation le 3 avril avec une petite tumeur développée sur l'aile externe de la narine gauche. Elle est dure, non fluctuante, fait au dehors une saillie de la grosseur d'un pois, et a refoulé en dedans le tégument interne de la narine. Elle a mis deux ans pour arriver au développement qu'elle présente aujourd'hui.

3 avril. On circonscrit avec le bistouri toute la base de la tumeur, puis on la détache des tissus sous-jacents en ayant soin d'éviter une perforation de la narine. Pansement simple. La tumeur, examinée au microscope, est un fibrome papillaire (M. Ranvier). Guérison au bout de trois semaines.

Obs. CDLXXI. — *Epithélioma de l'aile droite du nez. Traitement par le chlorate de potasse. Amélioration.* — Raton (Félicité), soixante-neuf ans, entre le 2 janvier 1874.

Il y a quatre ans à peu près, la malade aurait eu en cet endroit un petit bouton de la grosseur d'une lentille, dur, couvert d'une croûte épaisse et noire que la malade enlevait souvent. Il y a un an, la croûte atteignait la grandeur d'une pièce de 2 francs. Aujourd'hui elle occupe toute l'aile droite et le dos du nez. Elle a détruit non-seulement la peau, mais en grande partie la couche sous-cutanée et le cartilage.

17 janvier. On enlève la croûte et on trouve au-dessous une ulcération d'un rouge pâle. On applique, avec les précautions nécessaires en pareilles circonstances, une couche de chlorate de potasse qu'on laisse jusqu'au lendemain,

18. Le caustique a formé une eschare peu épaisse.

20. Chute de l'eschare. Pansement avec des compresses imbibées d'une solution de chlorate de potasse au vingtième.

31. Le fond de l'ulcération est d'un rouge vif, couvert de petits bourgeons.

14 février. A la partie supérieure de l'aile du nez, on trouve encore un petit point d'induration. L'ulcération n'a plus que les deux tiers de son étendue primitive. La malade sort sur sa demande.

Obs. CDLXXII. — *Cancroïde de l'extrémité antérieure du nez. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Perrot (Jean), quatre-vingt-six ans, se présente à la consultation le 24 avril 1875. Il est atteint depuis dix mois d'un cancroïde de l'extrémité du nez ayant débuté par un bourgeon épithélial que le malade enlevait à cause du prurit que sa présence occasionnait. Une nouvelle croûte se formait à mesure que l'autre était enlevée : cela dura ainsi pendant trois mois. Au bout de ce temps, la croûte ne reparut plus, il se forma une ulcération qui grandit avec le temps et se creusa rapidement. Le malade employa sans succès différentes pommades.

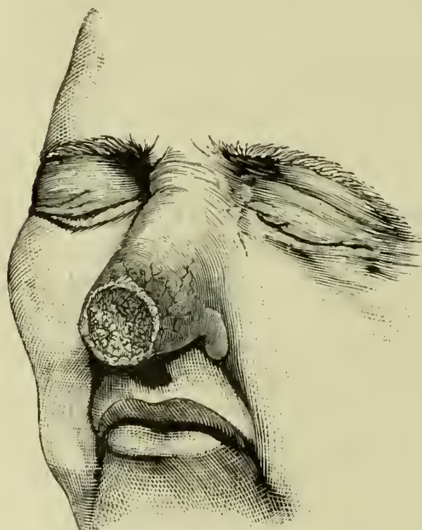


Fig. 38. — Épithélioma ulcéré de l'extrémité antérieure du nez. (*De notre collection.*)

Au moment de son entrée, l'extrémité du nez est le siége d'une ulcération large comme une pièce de 20 centimes, et profonde de 1 centim. à 1 centimètre et demi.

Le fond est grisâtre et présente quelques petites granulations plus rouges que le reste. Les bords réguliers, un peu relevés, sont taillés à pic et paraissent d'ailleurs d'autant plus saillants que la disposition de l'ulcère à l'extrémité du nez s'y prête davantage (voy. fig. 38). On remarque autour de l'ulcération une sorte d'aréole rosée sillonnée de veinules. Pas de ganglions, pas de douleurs.

25 avril. On enlève toute la partie ulcérée. Pour cela, on applique trois pinces hémostatiques, une sur la sous-cloison, les deux autres sur chacune des ailes, et on comprime le dos du nez avec les doigts, de manière à avoir une bonne hémostase préventive ; puis avec des ciseaux, on coupe la partie ulcérée.

3 mai. La plaie est bourgeonnante. Le malade quitte le service. On l'a revu plusieurs fois depuis. La cicatrisation a été complète le 10 mai.

E. — Lèvres.

Obs. CDLXXIII. — *Gros furoncle de la lèvre supérieure.* — Armandon (Félix), 33 ans, tapissier, entre le 2 avril 1875. La tumeur a débuté il y a trois jours ; elle a le volume d'une noisette, est assez douloureuse pour priver le malade de sommeil et d'appétit. Incision sur la ligne médiane.

Cataplasmes. Guérison au bout de sept jours.

Obs. CDLXXIV. — *Epithélioma ulcéré de la lèvre inférieure. Ablation. Guérison.* — Vieille, soixante ans, ferblantier, entre le 14 janvier 1874 pour une ulcération située à la partie médiane de la lèvre inférieure. Ce malade est amaigri et cachectique.

Il y a deux mois environ, il s'aperçut qu'il avait au milieu de la lèvre inférieure un petit bouton de la grosseur d'une lentille, recouvert d'une croûte noirâtre et dure.

Le mal a fait de rapides progrès. Aujourd'hui, il occupe plus de la moitié de la lèvre et empiète chaque jour sur les parties voisines. Il est limité à la moitié latérale droite de la lèvre. Le *malade fumait beaucoup* dans des pipes à très-court tuyau. L'ulcération est grisâtre, à bords irréguliers, à fond bourgeonnant. Elle est circulaire et de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Une petite zone indurée de 2 millimètres environ l'entoure dans toute son étendue. Rien dans les ganglions. Ablation de la tumeur avec les ciseaux le 24 février par deux incisions formant un angle à sommet inférieur. Réunion des deux bords de la plaie. Guérison complète au bout de quinze jours. Pas de récidive quatorze mois plus tard.

Obs. CDLXXV. — *Cancroïde ulcéré de la lèvre inférieure. Ablation. Compression latérale préventive avec la pince hémostatique. Excision avec les ciseaux. Réunion immédiate. Guérison au bout de dix-sept jours.* — Parquet (Félix), quarante ans, entre le 1er juin 1874, portant à la partie médiane et externe gauche de la lèvre inférieure un cancroïde dont le début remonte à huit mois. Ce malade, qui fume beaucoup la pipe, remarqua, il y a huit mois, qu'il lui poussait une excroissance sur la lèvre inférieure, près de la commissure labiale gauche : il la gratta et l'écorcha plusieurs fois; alors elle s'agrandit, s'ulcéra, et gagna bientôt la ligne médiane. L'ulcération est irrégulière, peu profonde, n'intéressant que la muqueuse, sans rougeur au pourtour. La surface est recouverte en différents endroits d'une croûte jaunâtre, en d'autres l'ulcération est à vif et laisse suinter un liquide citrin. Sa coloration est grisâtre. Les bords

sont relevés, un peu indurés et limités par une hypertrophie des papilles. Il n'y a pas de ganglions engorgés.

6 juin. Après avoir comprimé de chaque côté la lèvre inférieure avec la pince hémostatique (1), on incise avec des ciseaux à un centimètre à peu près au delà du mal. Réunion immédiate avec les épingles que l'on retire au bout de six jours, et le malade sort guéri le 17 juin.

Obs. CDLXXVI. — *Cancroïde de la lèvre inférieure. Ligature avec un fil ordinaire. Récidive au bout de deux mois dans le ganglion médian sus-hyoïdien. Invasion rapide de tous les ganglions du cou.* — Veret (Prosper), quarante-un ans, journalier, entre le 17 juillet 1874. A été opéré le 7 novembre dernier d'un cancroïde de la lèvre inférieure. Ce cancroïde avait l'étendue d'une pièce de 20 centimes, et tomba par la ligature au bout de cinq jours. Deux mois plus tard, le ganglion lymphatique sus-hyoïdien médian se prit et ne tarda pas à atteindre le volume énorme qu'il présente actuellement. Au mois de mai, les ganglions sous-maxillaires furent envahis à leur tour et grossirent rapidement; par suite d'une poussée inflammatoire, le volume de ces ganglions doubla en quatre jours. Ces deux tumeurs furent ouvertes vers le 20 mai; il s'en écoula une matière purulente et du sang corrompu.

La première tumeur, qui a pour siége le ganglion sus-hyoïdien, exclut par sa dureté l'idée d'une adénite aiguë. Elle a envahi toute la région sus-hyoïdienne et le menton. Elle a le volume d'une tête de fœtus de sept mois, offre la forme d'un cône à sommet aplati et présente en ce point une sorte de bourrelet circulaire assez bien développé. Cette tumeur, depuis qu'elle a été ouverte, a continué de laisser suinter un liquide mélangé de pus et de sang noirâtre, et la partie supérieure se trouve ulcérée sur une étendue de trois à quatre centimètres. La tumeur latérale, qui a débuté dans les ganglions sous-maxillaires, proémine sur la région sterno-mastoïdienne qu'elle cache en partie. Elle est solidement implantée sur le maxillaire inférieur. Sa consistance est la même que celle de la précédente, et elle remonte en arrière jusqu'au niveau de la parotide. Elle a la grosseur d'une orange, la forme d'un tronc de cône et est ulcérée sur une partie de sa surface.

Ces tumeurs sont surtout gênantes par leur volume, et rendent difficiles les mouvements du cou. Elles causent peu de douleur; le malade ressent seulement parfois quelques picotements. Le mouvement des mâchoires est très-restreint; elles ne s'écartent pas de plus de deux centimètres, ce qui rend l'alimentation difficile. L'appétit est resté bon, le malade n'a

(1) Comme dans toutes les opérations de même nature nous ne manquons jamais d'avoir recours à ce moyen, nous nous dispenserons de l'indiquer dans les observations suivantes.

pas perdu ses forces. Il fumait la pipe autrefois ; depuis cinq ans, sur le conseil d'un médecin, il n'a plus fumé. Les ganglions sterno-mastoïdiens sont également pris. Lotions détergentes à la surface des ulcérations. Traitement général tonique. Sort au bout de trois semaines.

Obs. CDLXXVII.— *Cancroïde de la lèvre inférieure, développé en trois ans chez un malade ne fumant pas. Invasion des ganglions. État cachectique. Pansement à l'hydrate de chloral. Légère amélioration.* — Faure (François), quarante-neuf ans, cultivateur, entre le 1er septembre 1874. Pas d'antécédents héréditaires de cancer. N'a pas fumé depuis quinze ans. S'est amaigri, a perdu une partie de ses forces dans ces derniers temps. Il y a environ trois ans qu'apparut sur la partie médiane de la lèvre inférieure une sorte de tuméfaction d'une longueur de 1 centimètre sur 2 millimètres de largeur. Il se forma au bout de quelque temps une crevasse occupant toute la lèvre dans le sens antéro-postérieur, puis vers l'extrémité postérieure de l'ulcération apparut un petit tubercule dont la circonférence ne dépassa pas, pendant deux ans, celle d'une pièce de 1 centime. Au bout de ce temps, ce tubercule commença à s'étendre, le malade vit plusieurs médecins qui prescrivirent des cautérisations avec la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, etc. La maladie continua néanmoins sa marche.

Actuellement toute la moitié gauche du menton et de la lèvre est recouverte par un gros champignon fongueux qui envoie des prolongements jusque dans la moitié droite. La lèvre est soulevée et épaissie dans toute son étendue. La partie antérieure de la joue gauche, au voisinage de la commissure labiale, est également envahie ; toute la moitié gauche de la lèvre inférieure est soulevée par un autre prolongement de la tumeur. La lèvre inférieure est déprimée en son milieu, et dans cette partie déprimée il est difficile d'apercevoir la scissure dont on a précédemment parlé. Les bords sont renversés, indurés. La peau qui borde l'ulcération est violacée dans une certaine étendue. Le fond est grisâtre, un peu fongueux, bosselé comme la surface d'un chou-fleur, et saigne facilement. Le malade ne ressent aucune douleur. Les ganglions sterno-mastoïdiens du côté droit sont pris ; rien à gauche. Douleurs lancinantes, surtout lorsque la tumeur est en contact avec l'air.

L'opération étant impossible, le malade reste dans la salle jusqu'au 17 août, et est pansé chaque jour avec l'hydrate de chloral. La maladie, à la sortie, ne paraît pas avoir progressé ; on constate même une légère et étroite pellicule cicatricielle sur les bords de la tumeur.

Sort au bout de quinze jours. Douleurs moins vives qu'au moment de l'entrée.

Obs. CDLXXVIII. — *Cancroïde de la lèvre supérieure développé en*

deux mois et propagé à la joue. Invasion rapide des ganglions.— Thévenot (Honoré), cinquante ans, entre le 20 juillet 1874. La commissure labiale gauche, la paroi interne de la joue et les gencives sont envahies par un cancroïde. Le malade fumait beaucoup la pipe à tuyau court qu'il tenait habituellement du côté gauche. Le début de l'affection remonte à deux mois environ ; il y eut d'abord un bouton de la grosseur d'une lentille, se couvrant d'une croûte que le malade arrachait. Une croûte plus grande se formait à la surface de la tumeur. A son entrée, le malade présente un épaississement avec une dureté caractéristique de toute la moitié gauche de la lèvre inférieure et de la joue correspondante. La muqueuse de la joue et de la lèvre présente une hypertrophie papillaire très-remarquable aux endroits nouvellement envahis, et çà et là il existe des îlots d'ulcération grisâtre à bords taillés à pic et inégaux. L'ulcération a même intéressé la peau de la lèvre sur un petit liséré qui semble avoir étendu la muqueuse. Au début, l'affection était indolente, maintenant le malade ressent des élancements et une sensation de cuisson qui augmente d'intensité au contact des boissons et des aliments. Toute la moitié de la face interne de la joue du même côté présente des ulcérations semblables aux premières. Les gencives elles-mêmes sont spongieuses, épaissies et saignantes ; on n'y remarque pas de traces d'ulcération. Les ganglions sont pris. Dans cet état de choses, on ne peut songer à une opération. Après être resté pendant quelques jours dans le service, le malade sort le 2 août dans le même état.

F. — Joues.

Obs. CDLXXIX.— *Kyste sébacé du sillon naso-jugal droit enflammé et en partie suppuré. Ablation. Guérison.*— Renault (Alexis), quarante-sept ans, peintre en voitures, se présente à la clinique, le 21 février 1875, pour se faire enlever une petite tumeur située en dehors de l'aile droite du nez.

Il y a trois ans, le malade vit survenir un bourgeon qui atteignit bientôt la grosseur d'une noisette. Le sommet était blanc et il en sortait quelquefois une matière épaisse et concrète. Aujourd'hui, la tumeur a atteint le volume d'un marron, et cela depuis quelques semaines seulement. Elle est située dans le sillon naso-jugal. Sa couleur est foncée ; elle paraît légèrement enflammée. Le malade n'a jamais eu d'accidents syphilitiques.

21 février. Une incision médiane est pratiquée et met à nu une enveloppe ressemblant à une coque qui vient faire saillie entre les lèvres de la plaie. Cette coque contient une certaine quantité de matière sébacée et de pus. La tumeur adhère en partie à la couche musculaire sous-jacente.

Une mèche de charpie est introduite entre les lèvres et la plaie. Compression légère avec une bande ordinaire.

Le malade, qui n'est pas entré à l'hôpital, est complétement guéri au bout de dix jours.

Obs. CDLXXX. — *Epithélioma de la joue gauche. Ablation avec le bistouri. Guérison.* — Picard (Magdeleine), soixante-trois ans, entre le 15 avril 1874.

Il y a sept ans, elle remarqua sur la face externe de la joue gauche, un bouton recouvert d'une croûte noirâtre. Parfois cette croûte tombait et disparaissait entièrement, puis revenait. Depuis lors, une véritable tumeur s'est développée sans douleur et sans retentissement sur l'état général. Aujourd'hui la malade porte en outre au-dessous de la paupière, du même côté, un tubercule noir, isolé, de la grosseur d'une lentille et recouvert d'une croûte épaisse et résistante. Au-dessous de ce point existe une tumeur du volume d'une orange, occupant la plus grande partie de la face externe de la joue, dure, végétante, et présentant sur son pourtour de nombreuses hypertrophies papillaires. Cette tumeur est grisâtre, et recouverte par endroits d'une croûte épaisse. On remarque à la surface des matières molles, desséchées et durcies par places, surtout sur la partie médiane. Rien dans les ganglions. La face interne de la joue est intacte, mais le canal de Sténon et le nerf facial sont envahis. Paralysie faciale de ce côté. Issue de la salive parotidienne à la surface de la tumeur.

28 mars. On pratique avec le bistouri une incision circulaire empiétant sur les tissus sains du voisinage. En enlevant la tumeur, on constate des adhérences avec le masséter et le buccinateur. On applique une couche de pâte de Canquoin au pourtour de la plaie.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Pas de fièvre, pas de frisson, bon appétit. Pansement à plat.

3 avril. La joue est le siége d'un gonflement léger indolent. La malade sort quelques jours après. Le fond de la plaie a sensiblement atteint le niveau des téguments environnants. Pas de récidive au bout de six mois.

G. — Région massétérine.

Obs. CDLXXXI. — *Abcès développé autour d'un corps étranger dans l'épaisseur du masséter.* — Cavardini (Victor), vingt-neuf ans, pâtissier, entré le 9 décembre 1874. Au mois de mai 1874, il était venu une première fois dans notre service, portant à la région parotidienne droite une petite tumeur diffuse, aplatie, indolente, débordant sur la région massétérine, adhérente à la peau, qui était un peu rouge ; dure à la surface, elle était fluctuante à sa partie profonde. Son début remontait au mois de janvier (quatre mois); mais elle avait sensiblement augmenté de volume depuis trois semaines. Iodure de potassium sans résultat. Le 23 mai, on ponc-

tionna la tumeur avec le bistouri et on trouva du pus situé profondément. Guérison pendant cinq mois. En octobre de la même année, la tumeur apparut une seconde fois, et s'annonça par du gonflement et des douleurs; elle s'ouvrit spontanément. Au moment de son entrée; on voit une petite fistule laissant pénétrer profondément le stylet, mais on ne sent rien de particulier au fond de cette ouverture. La pression fait sortir un peu de pus et parfois aussi quelques gouttes de liquide séreux très-clair. Cataplasmes. Lavages à l'eau alcoolisée, puis injections iodées.

État stationnaire jusqu'au 5 janvier. A cette époque, l'orifice externe de la fistule s'élargit, donne passage à un corps petit, allongé, fusiforme, d'aspect calcaire. Le noyau primitif de cette concrétion est un poil de barbe ou de blaireau resté au milieu des tissus.

Après la sortie de ce corps, la fistule fut guérie au bout de quatre jours.

Obs. CDLXXXII. — *Adénite des ganglions situés au-dessous de l'angle de la mâchoire, consécutive à une carie dentaire. Avulsion des dents cariées. Guérison sans suppuration.* — Fillieux (Ludovine), quarante ans, entre le 5 février 1875.

Il y a deux ans, plusieurs grosses molaires de la mâchoire inférieure du côté droit se sont cariées. A la même époque, elle a remarqué une légère tuméfaction au-dessous de l'angle de la mâchoire.

Aujourd'hui, on voit au même endroit une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, sans adhérence avec la peau qui a conservé sa couleur et sa température normales. Tumeur solide, sans fluctuation, adhérente par sa base. Avulsion des dents cariées. Disparition de l'adénite au bout de quatre jours.

Obs. CDLXXXIII.—*Adénite des ganglions situés au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, consécutive à une carie dentaire. Ponction. Drainage. Guérison.*—Dourgeot (Charles), vingt-sept ans, entre le 15 juin 1874 pour une tumeur située à l'angle de la mâchoire du côté gauche, au niveau de la petite bourse séreuse que l'on trouve quelquefois en cet endroit. Le malade est robuste et n'a jamais eu d'accidents syphilitiques. Les dents sont cariées de ce côté. Cette tumeur est apparue il y a deux mois et a progressivement atteint le volume d'un œuf. La peau est rouge, chaude, luisante, amincie. Il y a une fluctuation évidente. Du côté de la bouche, il n'y a rien de particulier. Le maxillaire paraît sain. Le 20 juin, on fait une ponction avec le trocart : il sort du pus de bonne nature. Passage d'un tube de caoutchouc et lavages iodés. Guérison au bout d'un mois.

Obs. CDLXXXIV.—*Adénite sous-maxillaire suppurée consécutive à une carie dentaire. Ponction. Guérison.* — Le Couturier (Gustave), dix-neuf ans, doreur sur bois, entre le 23 avril pour un abcès qu'il porte à la partie

inférieure de l'angle de la mâchoire, en dehors et en arrière du masséter. N'a jamais eu d'autres abcès et jouit d'une bonne santé habituelle. Les dents du côté correspondant au phlegmon sont mauvaises, mais il n'existe pas de fistules. Il y a huit jours, le malade vit apparaître la tumeur qui occasionna bientôt des douleurs lancinantes. L'abcès a le volume d'une orange ordinaire : la peau qui le recouvre est rouge, amincie, et on sent parfaitement la fluctuation au-dessous du bord postérieur du masséter.

24 avril. On pratique une incision à la partie la plus déclive, et il sort un pus épais, bien lié. Cataplasmes.

Le malade sort guéri le 27 avril.

Obs. CDLXXXV.— *Adénite sous-maxillaire. Résorption sans ouverture de l'abcès.* — Jovanoni (Dominique), dix-neuf ans, entre le 28 août 1874, pour une petite tumeur située au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit. Ce malade se plaignait depuis un mois d'une violente odontalgie de ce côté; cependant on n'a pu constater l'existence d'une carie dentaire.

Au moment de son entrée, on trouve au niveau de la seconde petite molaire une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. La peau est rouge, chaude, lisse et brillante; la tumeur est le siége d'élancements profonds; il y a une fluctuation légère et profonde. Cataplasmes. La tumeur diminue journellement. Le 4 septembre, le malade quitte le service. La tumeur a disparu sans s'ouvrir.

Obs. CDLXXXVI.—*Adénite sous-maxillaire suppurée consécutive à une carie dentaire. Ponction. Drainage. Guérison.*—Ladurelle (Charles), dix-huit ans, tourneur, entre le 15 juin 1874. Légèrement amaigri, mais n'a jamais eu aucune manifestation scrofuleuse. Pas de syphilis. Plusieurs grosses molaires cariées. Il y a deux mois environ, il vit apparaître vers l'angle du maxillaire inférieur du côté gauche une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui augmenta rapidement de volume, et cela sans causer de douleurs et sans déterminer aucune inflammation de voisinage. Depuis trois semaines cette tumeur est devenue douloureuse à la pression, a causé quelques élancements et s'est ramollie. Cette succession de phénomènes s'est faite sans fièvre, sans trouble dans le sommeil ou l'appétit. Le volume actuel est celui d'un œuf de pigeon.

20 juin. Ponction donnant issue à du pus assez liquide, et passage d'un drain pour faciliter les injections.

21. Aucune réaction. Le malade va bien. Il est debout. Suppuration faible.

1er juillet. La suppuration a cessé. L'orifice de l'abcès est presque fermé. Le malade sort sur sa demande.

Obs. CDLXXXVII. — *Fistule de la région maxillaire inférieure consécutive à une carie dentaire. Avulsion des dents cariées. Cautérisation au nitrate d'argent. Guérison.* — Raimbault (Émile), vingt-un ans, tourneur en cuivre, entre le 19 mars 1875. A eu, il y a deux ans, au niveau de la première molaire inférieure du côté droit, un abcès dentaire qui s'est ouvert au dehors, et dont le trajet est resté fistuleux.

Au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté droit on voit aujourd'hui un petit trajet fistuleux. La peau du voisinage est amincie, adhérente à l'os, et le stylet introduit par cette ouverture arrive directement sur le bord alvéolaire dénudé. Les dents qui restent de ce côté sont toutes cariées. Avulsion des dents cariées et cautérisation de la fistule avec le crayon de nitrate d'argent. Guérison au bout d'un mois.

Obs. CDLXXXVIII. — *Angiome caverneux, circonscrit, développé dans un fibrolipome, occupant l'épaisseur du masséter. Ablation. Guérison.* — Vedmann (Anna), vingt-un ans, domestique, entre le 1er juillet 1874. Elle vit apparaître il y a deux ans, dans la région massétérine, une tumeur grosse comme la pulpe du petit doigt. Ce noyau augmenta peu à peu, mais n'amena aucune douleur.

Actuellement cette tumeur, qui ne paraît pas s'être arrêtée dans son accroissement, n'empêche pas de fermer ni d'ouvrir la bouche. Elle est sous-cutanée, indolente, complétement indépendante de la peau, lobulée, franchement fluctuante, et limitée en bas par le bord de la mâchoire, en avant par l'insertion antérieure du masséter, en haut par l'arcade dentaire.

4 juillet. Avec le bistouri, on fait une incision verticale en arrière intéressant le derme et les fibres du peaucier. Elle met à nu un kyste traversé par de petits filets nerveux et très-adhérent aux parties profondes. A côté se trouve un ganglion hypertrophié et induré. La tumeur se prolonge dans le corps charnu du muscle masséter, et arrive jusque sur le périoste du maxillaire inférieur lui-même. Elle paraît en connexion avec le canal de Sténon qui est dilaté au-dessus d'elle La partie supérieure de l'incision est réunie par des points de suture. Dans la partie déclive, on place une mèche pour favoriser la suppuration.

Après l'énucléation, on constate que la tumeur offre le volume d'une orange. Les lobules de la portion solide laissent sortir par la pression une matière semi-liquide qui ressemble à de petits caillots ramollis. A la coupe, le reste de la surface offre l'aspect d'un réticulum blanchâtre semblable à du tissu caverneux. L'examen microscopique démontre que c'est un angiome caverneux, développé dans un fibro-lipome du masséter (M. Malassez).

6 juillet. A eu beaucoup de fièvre hier, et cette nuit il lui est impossible de remuer la mâchoire sans déterminer aussitôt de très-vives douleurs. Peau chaude. P = 116.

7. La fièvre diminue; a pris hier quelques bouillons. A reposé un peu cette nuit. La suppuration se fait bien. On a enlevé hier les aiguilles, la réunion par première intention étant obtenue. La peau est moins sèche. P = 104.

7. Plus de fièvre. Peau fraîche. Sommeil très-agréable. L'appétit revient. L'état général est excellent. Depuis hier, souffre bien moins de sa plaie.

8. La cicatrisation de la partie déclive est presque terminée; la malade remue facilement la mâchoire. Elle part pour le Vésinet.

§ II

COU.

24 observations qui se répartissent ainsi suivant les régions :

Région	parotidienne	6
—	sterno-mastoïdienne	7
—	sus-hyoïdienne	4
—	sous-hyoïdienne	5
—	sus-claviculaire	2

Parmi celles de la région parotidienne nous en trouvons cinq relatives aux ganglions et une à la glande elle-même.

Les maladies des ganglions parotidiens mentionnées sont :

Une adénite aiguë *à frigore* sans suppuration (voy. observation CDLXXXIX). La tumeur diminua rapidement sous l'influence d'applications répétées de cataplasmes et du traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur.

Les trois tumeurs ganglionnaires furent enlevées et les malades guérirent. Dans un cas seulement la guérison fut un peu retardée par l'arrivée d'un érysipèle (voy. obs. CDXCII).

L'examen de ces tumeurs montra que dans ces trois cas on avait eu affaire à des hypertrophies ganglionnaires. Dans l'une d'elles les ganglions étaient durs, sans traces de ramollissement; dans les deux autres, ils avaient éprouvé en partie la transformation caséeuse. Un kyste séreux développé aux dépens d'un ganglion fut guéri par la ponction et le drainage.

La tumeur de la parotide appartenait à ces productions que l'on décrit quelquefois sous le nom d'enchondromes. Elle contenait en effet un certain nombre de cellules de cartilage. Celles-ci renfermaient de la matière glycogène (voy. obs. CDXCIV).

Sur les sept observations de la région sterno-mastoïdienne, nous trouvons :

1° Un abcès froid développé probablement en dehors des ganglions lymphatiques chez un jeune homme cachectique au dernier point et qui en portait un second dans la région dorsale (voy. obs. CDXCV) ;

2° Une adénite aiguë survenue sans cause connue ;

3° Des adénites multiples suppurées intéressant presque tous les ganglions du cou et apparues un an après l'ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure (voy. obs. CDXCVII) ;

4° Des fistules nombreuses consécutives à des abcès ganglionnaires chez un scrofuleux ;

5° Hypertrophie avec transformation caséeuse de plusieurs ganglions de la région ;

6° Un lymphosarcome ;

7° Un lipome pesant 5^{kil},450 (voy. obs. DI).

Ces dernières tumeurs furent enlevées et le malade guérit sans accident.

Dans la région sus-hyoïdienne nous avons deux observations d'adénites aiguës à la suite d'angine catarrhale et une sans cause connue. Enfin, une tumeur ganglionnaire de nature particulière, que l'on ne peut rattacher ni à l'hypertrophie simple ni à la caséification franche ; il s'agissait probablement d'une tuberculose chronique d'un ganglion (Malassez) (voy. obs. DV).

Nous trouvons dans la région sous-hyoïdienne un phlegmon étendu ayant amené des troubles graves et une menace d'asphyxie (voy. obs. DVI), un phlegmon circonscrit sans gravité, une adénite suppurée primitive et deux tumeurs du corps thyroïde (voy. obs. DIX et DX).

Enfin la région sus-claviculaire a été le siége d'un abcès ganglionnaire guéri par le drainage, et d'une tumeur graisseuse enlevée sans accident (voy. obs. DXI et DXII).

Comme on le voit, les tumeurs ganglionnaires occupent une large place dans ces observations. Nous les avons hardiment opérées dans toutes les régions et nous n'avons pas eu à nous en repentir. Du reste, nous ne pouvons mieux faire que de les réunir dans un même tableau afin de bien montrer les résultats obtenus.

Tableau résumant les tumeurs ganglionnaires du cou dont les observations sont rapportées ci-dessous :

Région parotidienne.....	Hypertrophie simple.... Hypertrophie avec transformation caséeuse...	Extirpation. Guérison sans accidents.
	Hypertrophie avec transformation caséeuse...	Extirpation. Érysipèle. Guérison.
	Kyste ganglionnaire....	Ponction. Énucléation. Guérison.
Région sterno-mastoïdienne...............	Hypertrophie sans caséification.............. Lymphosarcome	Extirpation. Guérison sans accidents.
Région sus-hyoïdienne...	Ganglion atteint de tuberculose chronique.....	Extirpation. Guérison sans accidents.

A. — Région parotidienne.

Obs. CDLXXXIX. — *Adénite aiguë des ganglions parotidiens. Cataplasmes. Bains. Iodure de potassium à l'intérieur.* — Thierry (Hubert), trente-deux ans, homme de peine, entré le 15 mai 1874. N'a jamais eu de maux d'yeux ou d'oreilles; n'a jamais contracté de blennorrhagie, ni de chancre.

Il y a quinze jours, il s'est trouvé placé dans un courant d'air, s'est refroidi et a eu en deux jours plusieurs frissons. Bientôt il a vu survenir une tuméfaction de la région parotidienne du côté gauche. Il éprouvait aú même endroit des douleurs aiguës, sans élancements. Le cou était roide, et le malade tournait la tête avec peine. Après huit jours, la tuméfaction avait atteint le volume qu'elle présente actuellement, c'est-à-dire qu'elle occupait le côté gauche du cou, s'étendait en avant vers le bord antérieur du maxillaire inférieur, et remontait en arrière vers le sommet de l'apophyse mastoïde. Il n'y avait d'ailleurs ni rougeur, ni chaleur de la peau. Au milieu de cette tuméfaction, il est facile de reconnaître la présence d'un ganglion hypertrophié qui a le volume d'une mandarine. Il est dur, sans adhérences avec la peau, mais immobile sur les parties profondes. Il est situé un peu en avant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. La tumeur est légèrement douloureuse vers sa partie inférieure. Aucune plaie sur les téguments du voisinage. Cataplasmes. Bains. Iodure de potassium.

23 mai. La tumeur a diminué sous l'influence du traitement général. Le malade quitte le service sur sa demande.

Obs. CDXC. — *Hypertrophie des ganglions de la région parotidienne droite. Extirpation. Guérison.* — Hénault (Émile), quarante-sept ans, opticien, entré le 29 janvier 1875. La tumeur a débuté il y a quatre mois environ. A cette époque, elle avait le volume d'une noisette et roulait sous la peau ; depuis cinq semaines, elle a notablement grossi.

Aujourd'hui, on remarque dans la région parotidienne droite, en avant du conduit auditif externe, plus près de celui-ci que de la glande, une tumeur du volume d'une noix, indolente, aplatie, mal limitée, diffuse. La peau qui la recouvre a gardé ses caractères normaux ; la tumeur est libre sous la peau, mais elle semble adhérente par sa base. Ce malade présente en outre un eczéma du cuir chevelu.

6 février. Incision courbe partant du tragus et à concavité antérieure. Peau libre. On enlève la partie superficielle de la tumeur, puis on dissèque le reste avec soin afin de ménager le facial.

Les ganglions extirpés paraissent simplement hypertrophiés sans transformation caséeuse. Pansement simple.

Le malade sort guéri le 15 février.

Obs. CDXCI. — *Tumeur ganglionnaire* (*ganglions caséeux de la région parotidienne droite*). *Ablation. Guérison.* — Dupont (Anastasie), trente-sept ans, couturière, entre le 4 février 1875. Réglée à onze ans et demi, elle ne l'est plus depuis deux ans. Elle a contracté la syphilis à quinze ans et demi. Il y a dix ans, une tumeur semblable apparut du côté opposé et fut enlevée à Lourcine, ainsi qu'une autre située dans la région sus-hyoïdienne. La tumeur pour laquelle cette malade entre à l'hôpital existait dès cette époque, mais elle n'a grossi que depuis un mois et demi. Elle a maintenant le volume d'une noix. Elle est sous-parotidienne et envoie un prolongement dans l'épaisseur de la glande. Demi-fluctuante, elle est mobile sous la peau et sur les parties profondes. État général satisfaisant.

6 février. Incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Énucléation des ganglions hypertrophiés avec les doigts et la spatule. Iodure de potassium à l'intérieur.

Examen de la tumeur : Elle est formée de plusieurs ganglions. Les uns sont rosés et à peu près normaux à leur périphérie, caséeux au centre ; les autres sont complétement caséeux. Au microscope, on voit qu'ils sont composés de *portions fibreuses* et *caséeuses* (Malassez). La plaie se réunit par première intention, et la malade peut quitter l'hôpital le 15 février étant complétement guérie.

Obs. CDXCII. — *Tumeur ganglionnaire de la région parotidienne droite* (*ganglions caséeux*). *Énucléation. Érysipèle. Guérison.* — Damery (Vic-

tor), seize ans, découpeur, entré le 14 avril pour une tumeur ganglionnaire du côté droit. Ce malade assez grand, mais très-lymphatique, a eu de la gourme et des maux d'yeux dans son enfance. Il n'a cependant jamais fait de maladie sérieuse. Il y a un an, il remarqua au-dessus de l'oreille droite un gonflement survenu sans occasionner ni douleurs, ni gêne. La tumeur grossit progressivement, et depuis un mois et demi il s'est produit un petit foyer d'inflammation à son centre.

A son entrée, on voit dans la région parotidienne droite une tumeur du volume d'une grosse orange, bosselée, dure, bien circonscrite. Vers le centre, on remarque un point où la peau est rouge, luisante, amincie, chaude et prête à s'ouvrir. Ce foyer très-petit, par rapport à la masse totale, est entouré d'une partie molle, fluctuante, enflammée, bien distincte du reste de la tumeur qui est dure.

17 avril. Le malade ayant été chloroformé, on fait l'énucléation de la tumeur en enlevant toute la partie de la peau qui menace de s'ulcérer. Réunion immédiate, sauf dans la partie déclive où l'on place une mèche, pour permettre l'écoulement facile des liquides. Quelques pinces hémostatiques ont suffi pour empêcher tout suintement de sang pendant l'opération. Par la coupe et l'examen microscopique de la tumeur, on reconnaît des ganglions caséeux avec foyers purulents (M. Ranvier).

Le malade était dans les meilleures conditions lorsque, huit jours après l'opération, un érysipèle se déclare autour de la plaie. La température monte jusqu'à 39,50, et toute la face est envahie. Le malade est transporté dans une salle d'isolement. La desquamation commence à se faire le 2 mai, et le 10 le malade peut rentrer dans la salle commune. La plaie ne suppure que très-modérément; on laisse encore un drain pour faciliter l'écoulement du pus. Le 15 mai, il reste encore un tout petit pertuis à la partie déclive par lequel suintent quelques gouttes de sérosité. Le malade part pour Vincennes.

Obs. CDXCIII.—*Kyste développé aux dépens d'un ganglion parotidien. Ablation. Guérison.* — Fougour (Jeanne), soixante-dix ans, entre le 27 mai 1874 pour une tumeur située dans la région parotidienne droite. Cette malade, atteinte d'un tremblement sénile très-accentué, fait remonter le début de cette tumeur à trois mois. La tumeur, arrondie, globuleuse, du volume d'une petite orange, occupe la région parotidienne. Elle est superficielle, mobile sous la peau qui a conservé sa couleur normale, mais qui lui adhère au sommet; a la consistance de ganglions hypertrophiés et cause des douleurs très-vives dans toute la région. Il n'y a qu'une fausse fluctuation comparable à celle des lipomes.

20 mai. On pratique une incision médiane qui donne lieu immédiatement à l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide kystique, et

on enlève le reste de la tumeur formée par une hypertrophie ganglionnaire, au milieu de laquelle s'était développé le kyste. Réunion immédiate.

La malade sort guérie le 8 juin.

Obs. CDXCIV. — *Tumeur fibro-cartilagineuse de la région parotidienne. Ablation. Deux érysipèles successifs. Guérison.* — Gueniffet (Nicolas), soixante-quatre ans, balayeur, entré le 18 avril 1874. Cet homme paraît d'une constitution robuste. En 1869, il a été opéré par M. Voillemier pour une petite tumeur qui siégeait à la commissure de la lèvre gauche; on s'était alors contenté d'une légère excision; mais la tumeur est revenue, et trois ans plus tard, le malade était opéré, dans le service de M. Péan, d'une tumeur située derrière la mâchoire inférieure gauche.

Au moment où il fut opéré pour la deuxième fois, cette tumeur avait le volume d'un pois. Elle ne causait alors aucune douleur; mais, dans ces derniers temps, elle s'est développée rapidement et est devenue douloureuse. Le soir surtout, il y a des élancements intenses, qui n'empêchent pourtant pas le malade de dormir.

La tumeur offre l'aspect suivant : elle est arrondie, et la peau est mobile autour de sa base; mais elle est déprimée, en quelque sorte cupuliforme. Vers le sommet, elle a contracté des adhérences avec la peau. Aucun travail inflammatoire n'existe au voisinage. La masse tout entière est peu mobile; il existe une sorte de soudure aux parties profondes qui se déplacent avec elle. Elle est indolente, moins dure qu'une tumeur fibreuse, et possède une sorte d'élasticité. La surface présente des lobules séparés par des cloisons.

17 avril. Incision en Λ pour rendre l'énucléation plus facile.

La tumeur est ovoïde. Son grand axe a une longueur de 4 centimètres; son petit axe, 2 centimètres. A la coupe, elle est formée par un fond jaunâtre transparent, présentant des tractus durs, opaques, partant du hile. Par le raclage, on détache de petites masses molles et grenues, des parties jaunes. Au microscope, on trouve un grand nombre de cellules de cartilage qui contiennent beaucoup de matière glycogène (M. Ranvier).

19. A passé une bonne nuit, a bien dormi. Peau fraîche. P = 85.

20. A passé une excellente journée hier; mais a beaucoup toussé la nuit et souffert un peu à la gorge. Appétit bon. P = 80.

27. Le mieux continue. Pas de fièvre. Quelques picotements au niveau de la plaie qui a d'ailleurs un très-bon aspect. P = 80.

24. A eu de la fièvre dans la journée d'hier et cette nuit. P = 100, large. Dort très-bien. Appétit excellent. La tuméfaction, qui avait été prévue, a gagné la partie supérieure de la joue et la paupière inférieure. Le nez est tuméfié et douloureux; la peau qui le recouvre est soulevée,

amincie, et présente une vésicule jaunâtre à la pointe. On transporte le malade au chalet.

25. Érysipèle de la face. Fièvre assez forte. État saburral peu intense. La suppuration a diminué. Les bords de la plaie sont secs.

27. La rougeur érysipélateuse a disparu presque complétement. Plus de fièvre. L'appétit commence à revenir. La suppuration se fait mieux.

30. Même état.

2 mai. Une nouvelle poussée érysipélateuse se fait à la face. Pas de fièvre.

4. L'érysipèle suit sa marche. L'appétit a de nouveau disparu. État saburral de la langue.

8. L'érysipèle entre dans la période de régression. La peau est moins chaude. Le malade se trouve mieux. La suppuration, qui avait diminué pendant cette nouvelle complication, est redevenue plus abondante.

9. État général bon. La cicatrisation de la plaie se fait peu à peu. L'écoulement purulent a notablement diminué.

15. Le mieux continue. La réunion de la plaie est presque complète.

18. Sur le côté droit de la joue, en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, un abcès est en voie de formation. La région est dure, rouge et douloureuse. Le malade ressent des élancements assez vifs.

20. L'abcès s'ouvre spontanément et donne issue à plusieurs cuillerées de pus.

22. L'abcès donne peu de pus. L'état général est bon.

25. Cicatrisation de l'abcès. Le malade se lève. Le sommeil est normal.

30. Le malade guéri quitte le service.

B. — Région sterno-mastoïdienne.

Obs. CDXCV. — *Abcès froids primitifs du cou et du dos.* — Charen (Louis), cinquante-quatre ans, passementier, entré le 7 mai 1875. Il y a six mois, a vu apparaître, après quelques élancements légers et fugaces, une tumeur dans la région dorsale. Depuis six semaines, une seconde tumeur de même nature s'est montrée à la partie supérieure du cou.

Elle siége du côté droit, au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien et soulève la peau qui présente des bosselures irrégulières, nettement fluctuantes, sans lobes solides à la périphérie, comme cela a lieu dans l'adénite. La tumeur est indolente, même à la pression. La peau a conservé sa coloration normale; elle n'est pas vascularisée.

A l'angle inférieur de l'omoplate gauche est une autre tumeur volumineuse en bissac, dont les deux portions communiquent entre elles. La colonne vertébrale et les os du voisinage sont sains. Cette tumeur, également fluctuante et indolente, siége dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce malade,

débilité et très-amaigri, ne présente rien néanmoins dans le poumon. Drainage, lavages à la teinture d'iode. Suppuration tarie le 15 juin. État général très-amélioré.

Obs. CDXCVI. — *Adénite suppurée. Drainage. Guérison.* — Pichet (Jacques), vingt-sept ans, jardinier, entré le 17 avril 1875. Sur la partie moyenne du côté gauche du cou existe une tumeur assez apparente, placée en arrière du muscle sterno-mastoïdien dont le bord externe est un peu soulevé. Elle forme des saillies irrégulières avec portions solides à la périphérie et à la base. Ailleurs on trouve de la fluctuation. En ces points, la pression est sensible; la peau est chaude, rouge et adhérente. Constitution débilitée. Pas de plaie ni d'ulcération de voisinage; pas de tubercules dans le poumon. Cette tumeur est apparue il y a six semaines sans cause connue. Drainage, injections iodées. Suppuration tarie le 8 mai. Au moment de la sortie du malade, il ne reste plus qu'un peu d'empâtement de la région.

Obs. CDXCVII. — *Adénites purulentes survenues à la suite d'un cancroïde de la lèvre inférieure opéré il y a un an. Mort.* — Ragot (Jean), soixante-quatre ans, entré le 15 juillet 1874. En décembre 1873, ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure. A ce moment, on ne sentait pas le moindre ganglion. Aujourd'hui (sept mois après l'opération), tous les ganglions de la région sont pris. Deux ganglions sous-hyoïdiens, deux autres situés sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et un dans le creux sus-claviculaire, présentent tous un degré considérable d'hypertrophie et d'inflammation; ils ont le volume d'un gros œuf de poule. La peau qui les recouvre est rouge, chaude, amincie, luisante; ils présentent même sur leur sommet un degré de fluctuation qui indique une ouverture spontanée à bref délai. Le malade s'affaiblit chaque jour; la maigreur et l'émaciation sont chaque jour plus sensibles, et le 25 le malade meurt dans un marasme complet.

Obs. CDXCVIII. — *Tumeurs ganglionnaires multiples du cou. Trajets fistuleux.* — Rollier (François), dix-neuf ans, entre le 13 juillet 1874 pour une hypertrophie de tous les ganglions du cou, mais surtout des ganglions sterno-mastoïdiens. Il porte un chapelet de petites tumeurs suppurées, devenues fistuleuses, et qui donnent continuellement un suintement séro-purulent. Les cicatrices sont livides; la peau du voisinage luisante et tendue. Le malade fait remonter le début à six mois; mais il avoue que, dès son enfance, il avait beaucoup de gourme. Rien dans les poumons. Traitement général: huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc.; il quitte le service le 20 juillet. Deux fistules donnent encore du pus.

Obs. CDXCIX. — *Tumeurs multiples des ganglions sterno-mastoïdiens, dont une enflammée et suppurée (ganglions caséeux). Énucléation des ganglions malades. Érysipèle. Guérison.*— Ollivier (Antoine), vingt-quatre ans, homme de peine, entré le 14 avril 1875, porte depuis cinq mois une tumeur qui a grossi progressivement. Elle fait actuellement une saillie très-apparente sur le cou, derrière le muscle sterno-mastoïdien. A ce niveau, la peau est fine, amincie, rouge. La partie la plus superficielle de la tumeur est ramollie, et le doigt y produit facilement une dépression ; le reste est solide et résistant. A côté du ganglion principal, on en trouve d'autres plus petits, indurés, qui forment comme une sorte de chapelet. Le malade a perdu les forces et l'appétit depuis l'apparition de sa tumeur ; néanmoins, nons ne trouvons rien dans les poumons.

17 avril. Incision de la peau. On dissèque soigneusement la coque du ganglion qui suppure, puis on énuclée les autres avec les doigts et la spatule.

Examen de la tumeur : Ganglions en partie caséeux avec granulations tuberculeuses (M. Ranvier).

Jusqu'au 13 mai, les suites de l'opération sont excellentes. Ce jour-là apparition d'un érysipèle autour de la plaie cicatrisée en grande partie.

14 mai. TA = 39,8.

15. T = 39,6.

19. T = 37,6.

Bien que l'érysipèle se fût étendu au cuir chevelu, il guérit rapidement, et la cicatrisation de la plaie étant complète le 24 mai, le malade put sortir.

Obs. D. — *Lymphosarcome des ganglions sterno-mastoïdiens. Énucléation. Guérison.* — Laurry (Louis), quarante-neuf ans, entre le 5 mars 1875 pour une tumeur située vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien, ayant débuté il y a quatre mois sans cause connue et grossi progressivement.

En arrière et cachée en partie sous le tiers supérieur du muscle sterno-mastoïdien se trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure, non fluctuante, indolente, très-mobile sous la peau, très-peu mobile au contraire sur les parties profondes. Elle siége au-dessus et un peu en arrière des gros vaisseaux du cou, avec lequel elle ne semble pas avoir contracté d'adhérences. Aucune autre tumeur dans le voisinage. Pas de ganglions dans les différents lieux d'élection. Santé générale bonne. Homme fort et vigoureux.

12 mars. Incision sur la partie médiane de la tumeur. Énucléation avec les doigts et la spatule en prenant de grandes précautions pour ménager le nerf spinal.

Examen de la tumeur : Paroi fibreuse sans tissu lymphatique. — Entre les éléments fibreux, nombreux éléments embryonnaires (M. Debove).

13. Douleur dans la plaie ; on suture les deux tiers supérieurs, et on laisse un drain dans la partie déclive. P = 100.

15. Plus de fièvre ; la cicatrisation marche rapidement.

Guérison complète le 31 mars.

Obs. DI. — *Lipome très-volumineux de la région sterno-mastoïdienne gauche. Ablation. Guérison.* — Gauthier (Jean-Baptiste), cinquante ans, entré le 26 octobre 1874. Bien constitué, d'une santé générale satisfaisante. Cet homme porte dans la région sterno-mastoïdienne gauche une tumeur énorme, dont le début remonterait à quinze ans. Lorsqu'il l'aperçut, elle avait tout au plus le volume d'un pois, et se trouvait en avant de l'oreille au niveau de l'angle de la mâchoire. Pendant treize ans, elle augmenta progressivement de volume sans causer ni douleur, ni aucun autre trouble. Depuis deux ans, l'accroissement a été beaucoup plus rapide ; son volume a doublé, et est devenu ce qu'il est aujourd'hui.

Au moment de son entrée dans le service, la tumeur descend jusque sur l'épaule et le thorax, au niveau de la région mammaire. Elle présente un pédicule qui remonte en arrière jusqu'à la protubérance occipitale externe ; de sorte que, bien que la masse principale occupe la région sterno-mastoïdienne, elle se prolonge en arrière jusqu'à niveau du raphé médian cervical postérieur, en avant dans les régions sus et sous-hyoïdienne. Elle descend sur la ligne médiane jusqu'à la fourchette sternale, passant sous l'angle de la mâchoire, près du lobule de l'oreille ; en bas, près le bord externe de la clavicule. La tumeur mesure 42 centim. de la base d'implantation à sa partie inférieure, et 75 centim. de circonférence. Elle est légèrement ovoïde, à grosse extrémité inférieure.

La peau est épaissie, rougeâtre en dehors jusqu'à l'extrémité externe de la clavicule gauche. Le méridien vertical, mesuré depuis le lobule de l'oreille jusqu'à son extrémité inférieure dans la région mammaire, égale 42 centimètres. La circonférence transversale mesure 75 centimètres.

L'extrémité inférieure est très-vasculaire. Au voisinage de l'implantation, quelques veines ont le volume du petit doigt. Nulle part on ne remarque de signes inflammatoires, sinon à la partie inférieure, où l'on trouve une petite ulcération superficielle donnant depuis deux ans quelques gouttes de sérosité roussâtre.

A la palpation, on perçoit une sensation de fausse fluctuation, sensiblement la même partout. La tumeur est complétement indolente. Les ganglions du cou et de l'aisselle sont absolument sains.

31 octobre. Le malade est endormi par le chloroforme.

A trois travers de doigts, au-dessus du pédicule, nous traversons la tu-

meur avec une grosse et longue aiguille courbe analogue à celle dont nous nous servons pour faire le morcellement des kystes de l'ovaire. Un double fil de fer est passé dans l'aiguille qu'on retire. Une seconde ponction avec la même aiguille est faite à côté de la première, et on ramène ainsi deux autres fils de fer. Les fils sont pris deux à deux avec le serre-nœud Cintrat. La tumeur est ainsi liée par sa base, de manière à empêcher l'afflux du sang. Des trocarts courbes passés au-dessus des fils de fer empêchent ceux-ci de remonter au delà et de glisser sur la tumeur. Deux incisions perpendiculaires faites sur la portion libre de la tumeur, et une autre incision passant par les extrémités des deux premières, permettent d'attaquer largement le lipome sans avoir une goutte de sang.

Toute la partie située au-dessus des ligatures est ainsi extirpée. Au-dessous d'elles on pratique une incision à la peau, que l'on dissèque de manière à faire un lambeau, et l'on peut énucléer ainsi la base de la tumeur sans hémorrhagie. Aussitôt qu'un petit vaisseau donne du sang, nous le saisissons avec nos pinces hémostatiques.

On obtient ainsi une plaie longeant la partie latérale du cou et descendant vers l'épaule. On tente la réunion immédiate à l'aide de nombreuses sutures épinglées. La tumeur pèse 5^{kil},450.

1er novembre. On ôte les dernières pinces dans la soirée. Le malade a bien dormi depuis hier. Peau fraîche. P = 90. Rhum, 250 grammes ; sulfate de quinine, 50 centigr. Cataplasmes.

2. Réaction inflammatoire franche. TA 38, P = 96. (La température n'ayant jamais dépassé 38 degrés, nous ne l'indiquerons plus désormais.)

3. Sueurs abondantes la nuit dernière. Les épingles sont enlevées et remplacées par des fils fixés loin de la plaie avec du collodion par l'une de leurs extrémités. L'autre extrémité reste libre pour qu'on puisse serrer à volonté, et rapprocher ainsi les lèvres de la plaie. P = 96. Suppuration peu abondante et de bonne nature.

4. État général satisfaisant. On débride un peu vers la partie déclive, pour donner issue à une petite collection de pus qui s'est formée, puis entre les lèvres on passe un petit drain. P = 90.

5. Même état. Sueurs la nuit. Le sulfate de quinine et le rhum sont continués. P = 68.

6. P = 70.

7. Le malade paraît un peu abattu ; il souffre d'un point de côté situé assez bas et à gauche. L'auscultation n'indique qu'un peu de faiblesse du murmure vésiculaire. Submatité à la base. Vésicatoire. P = 90.

9. Le malade n'a pas sué cette nuit. Le point de côté a disparu. La plaie est rosée sur ses lèvres, et réunie même en certains endroits, particulièrement à la région postérieure du cou. P = 78.

10. État général très-satisfaisant. On supprime le sulfate de quinine, mais on continue la potion alcoolisée. P = 78.

12. Le malade se plaint d'un nouveau point de côté à droite. Matité à la base. La douleur cède comme la première fois à l'application d'un vésicatoire. P = 75. Disparition du point de côté. La complication du côté de la poitrine disparaissait entièrement; le malade reprend son embonpoint primitif. Le 20 décembre, la plaie est complétement cicatrisée, et n'est plus indiquée que par une ligne partant de la région postérieure et supérieure du cou et descendant vers la partie moyenne de la clavicule.

Le malade sort guéri le 27 novembre.

C. — Région sus-hyoïdienne.

Obs. DII. — *Adénite aiguë consécutive à une angine. Sangsues. Guérison.* — Gilette (Désiré), dix-sept ans, ferblantier, entré le 16 avril 1875. Angine catarrhale *a frigore* il y a cinq jours. Apparition de l'adénite deux jours plus tard.

La moitié latérale droite de la région sus-hyoïdienne présente un gonflement douloureux avec empâtement. La peau est sensiblement rosée et chaude. Ganglions engorgés. Application de huit sangsues, puis cataplasmes. Guérison le 28 avril.

Obs. DIII. — *Adénite consécutive à une angine. Drainage. Guérison.* — Mazeyrac (Marcelin), trente ans, entré le 5 juin pour une tumeur située sur la partie latérale gauche de la région sus-hyoïdienne. Fort et vigoureux, n'a jamais eu d'abcès ni de syphilis. Il y a un mois, il eut une angine catarrhale assez forte et bientôt le cou grossit. La tumeur atteint aujourd'hui le volume du poing. La peau qui la recouvre est rouge, chaude et amincie. Il y a une fluctuation évidente.

6 juin. On passe un drain dans la tumeur. Le 13, le malade sort presque guéri; nous lui recommandons de faire par le drain des injections iodées.

Obs. DIV. — *Adénite suppurée. Drainage. Guérison prompte.* — Lemaître (Ernest), vingt-huit ans, cartonnier, entré le 29 mai 1874. Tempérament lymphatique; nez aplati; lèvre inférieure épaisse. Il y a six semaines qu'il a vu survenir à la région postérieure et médiane du cou un noyau très-dur et de la grosseur d'un marron. Cette tumeur ne causait pas de douleur bien nette; le malade souffrait seulement quand ses vêtements frottaient contre elle. Il avait eu la fièvre pendant une huitaine de jours et perdu l'appétit. Pendant un mois ce noyau a grossi, et dans la dernière quinzaine il est devenu le siége d'une fluctuation manifeste. Pendant que se produisait ce changement, le malade ne souffrit pas plus que d'usage.

Il était seulement gêné dans ses mouvements du cou, et ressentait un peu d'engourdissement dans l'épaule gauche.

On trouve aujourd'hui derrière le cou un abcès bien circonscrit, qui a pris naissance dans un ganglion. La fluctuation est évidente ; le cou est déformé, et le malade est dans l'obligation de tenir la tête penchée en avant.

6 juin. On passe un tube à drainage qui donne issue à du pus. Injections iodées. Huile de foie de morue.

8. L'abcès est complétement vidé ; le malade va bien.

12. La suppuration est tarie ; l'adénite a disparu ; le malade quitte le service.

Obs. DV. — *Ganglion de la région sus-hyoïdienne atteint de tuberculose chronique. Énucléation. Guérison.* — François (Stanislas), vingt-neuf ans, verrier, entré le 11 mai 1874. Il y a cinq mois, il a senti dans la gorge une tumeur du volume d'une noisette. Elle a grossi sans causer de douleur, et a atteint progressivement les dimensions d'un marron. Depuis un mois elle n'a pas augmenté, mais diminué à la suite d'applications d'une pommade fondante continuées pendant une quinzaine de jours. Il y a trois ans cet homme a eu une blennorrhagie qui a guéri après un traitement de quatre mois. Il a eu des coliques de plomb à deux reprises. Pendant l'enfance maux d'yeux et d'oreilles. Croûtes dans les cheveux. Son frère est mort phthisique.

A son entrée dans le service, on trouve dans la région sus-hyoïdienne une tumeur, adhérant profondément aux muscles mylo-hyoïdiens, mais non à la peau, située très-près de l'os hyoïde qu'il est difficile de sentir au-dessous du bord inférieur. Sa consistance est molle ; elle est arrondie, très-lisse.

L'os hyoïde est sain. A part sa constitution évidemment scrofuleuse, le malade ne présente rien de fâcheux dans son état général. Les poumons sont absolument sains.

30 mai. — On fait une incision longitudinale qui met la tumeur à découvert, puis on l'énuclée avec les doigts et la spatule. Nous ne cherchons pas la réunion par première intention, sachant que, dans cette région, la guérison des plaies se fait très-vite.

Examen de la tumeur. — Elle est ovoïde, et présente les dimensions suivantes :

Diamètre	antéro-postérieur...........	2 centimètres.
—	oblique.....................	1 cent. 1/2
—	transverse..................	1 cent.

A la coupe, on trouve des points caséeux au milieu d'un tissu qui rappelle celui des ganglions lymphatiques normaux. En d'autres endroits, la trame est dure, nacrée, a subi une sorte de transformation fibreuse. Par l'ensemble de ces caractères contrôlés par l'examen microscopique on a pensé que c'était un ganglion atteint de tuberculose chronique (M. Malassez).

31. A eu de la fièvre dans la soirée, pas de sommeil; la peau est chaude. P = 90. Iodure de potassium et sirop de fer.

1er juin. — A dormi plusieurs heures cette nuit, mais a été très-fatigué par suite des visites qu'il a reçues hier dimanche; la fièvre l'a pris et a duré plusieurs heures. A pu prendre bouillons et potages, éprouve un peu de peine à avaler sa salive, respire cependant plus librement qu'auparavant. Plusieurs selles hier et ce matin. Peau moite. P = 80.

3. Pas de fièvre; pouls normal; peau fraîche; sent le besoin de manger. Encore quelques douleurs au niveau de la plaie.

7. Le malade va très-bien; la réunion se fait régulièrement.

10. Guérison complète. Quitte le service.

Obs. DVI. — *Phlegmon large du cou. Menace d'asphyxie. Incision. Guérison.* — Merillon (Louise), quarante-neuf ans, ouvreuse, entre le 21 août 1874. Il y a six jours cette femme a ressenti un picotement dans la région sous-hyoïdienne. Ce picotement a été bientôt remplacé par des élancements assez vifs; la peau est devenue rouge, chaude et douloureuse. Elle appliqua des cataplasmes émollients, mais le gonflement du cou s'accentua de plus en plus et occasionna un sentiment de constriction très-vif, avec une grande difficulté pour respirer. C'est alors qu'elle vint à l'hôpital.

Le cou présente en avant un volume exagéré; la peau est chaude, luisante, rouge et tendue. La pression détermine de la douleur et permet de reconnaître une fluctuation profonde. La face entière est vultueuse et violacée; la respiration est anxieuse et pénible; il y a menace d'asphyxie. Le pouls est petit, dur et fréquent; la langue est recouverte d'un enduit épais et blanchâtre; depuis plusieurs jours la malade n'a pris aucune nourriture, elle a perdu l'appétit, éprouve de grands frissons; cette nuit elle a eu du délire.

On incise largement les parties molles du cou vers la ligne médiane, et il s'écoule du pus en grande quantité. Le soulagement est immédiat; la respiration se fait librement; la malade se dit guérie.

22 août. — La suppuration est très-active; il y a eu encore un peu de délire cette nuit. P = 88.

23. Le mieux est très-sensible; la suppuration continue; la journée

et la nuit ont été assez bonnes. Plus de fièvre. A pris hier quelques bouillons ; la langue est moins sale.

25. Va très-bien ; peut se lever ; a recouvré l'appétit et le sommeil.

28. Les bourgeons charnus ont très-belle apparence ; la suppuration est très-faible.

3 septembre. La malade sort sur sa demande ; la cicatrisation est presque complète.

Obs. DVII. — *Phlegmon circonscrit de la région sous-hyoïdienne.* — Michel Claudine, vingt-neuf ans, domestique, entre le 1er mars 1875. A la région antérieure du cou, un peu au-dessus de la glande thyroïde atteinte d'une hypertrophie remontant à l'enfance, on voit un abcès du volume d'un œuf de poule. La peau est chaude, rouge, luisante, amincie vers le centre, et présente même une petite ouverture qui s'est produite spontanément. L'abcès paraît complétement indépendant de la glande. État général bon. Cataplasmes et mèches pour faciliter l'écoulement des liquides. Lavages à l'eau alcoolisée. Fer et quinquina à l'intérieur. Guérison au bout de dix jours.

Obs. DVIII. — *Adénite sus-sternale suppurée. Drainage. Guérison.* — Digneau (Jean), vingt-neuf ans, gardien de la paix, entré le 13 mars 1874. Amaigri, néanmoins d'une bonne santé habituelle. Il y a une vingtaine de jours, ce malade a senti des tiraillements dans la région sus-sternale, pénibles surtout quand il était couché et avait le cou tendu. Il remarqua il y a neuf jours une petite tumeur de la grosseur d'une amande. Elle augmenta notablement de volume dans l'espace d'une nuit, et au bout de quatre à cinq jours elle devint le siége de douleurs et d'élancements qui empêchèrent tout sommeil. Il est depuis lors venu à la consultation le 6 mars, et on lui a prescrit l'iodure de potassium. Pas d'amélioration après huit jours de traitement.

Ce malade est scrofuleux ; il a eu à quatorze ans une tumeur ganglionnaire suppurée dont on voit encore la cicatrice sur le côté droit du cou. N'est pas syphilitique.

A la partie inférieure et antérieure du cou, au-dessus du sternum, en dehors du sterno-mastoïdien gauche, on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, bilobée, et dont les deux lobes sont séparés par un léger sillon oblique de gauche à droite ; le lobe interne présente le plus grand volume. Cette tumeur s'étend surtout en avant de la clavicule gauche. Elle est très-adhérente à la peau, et peu mobile sur les parties profondes. Elle recouvre un peu la partie supérieure du sternum. Elle se limite facilement en dedans ; en dehors et à gauche, l'induration se perd peu à peu dans les parties voisines. Elle est excessivement dure et douloureuse à la pression ; la peau présente une coloration rougeâtre.

La douleur s'étend à gauche jusqu'à la région mastoïdienne; l'oreille est le siége de bourdonnements. P = 85.

L'appétit, perdu dans les premiers jours, est revenu depuis (ce malade mange quatre portions). Cataplasmes.

19 mars. La tumeur la plus interne est le siége d'élancements; le ramollissement est très-sensible au sommet; la petite tumeur externe, toujours très-dure à la base, présente également un petit point fluctuant et douloureux au sommet.

25. La fluctuation s'est étendue. On passe un tube à drainage. Il s'écoule du pus en assez grande quantité.

2 avril. On ponctionne avec le bistouri le petit lobe de la tumeur, et il s'en écoule du pus. L'appétit est toujours excellent.

4. La suppuration étant presque tarie, le malade quitte le service.

Obs. DIX. — *Tumeur de la glande thyroïde (lobe médian). Ponction. Drainage. Guérison.* — Restaussy (Camille), trente-deux ans, cordonnier, entré le 2 mai 1874. Cet homme a vu survenir il y a cinq à six mois une tumeur siégeant en avant du cou, dans l'un des lobes de la thyroïde, et du volume d'une noix lorsqu'il l'a remarquée pour la première fois. Depuis lors, elle a toujours conservé le même volume. Elle n'était pas douloureuse, et ne gênait en rien la respiration et la déglutition. Aujourd'hui le lobe médian de la thyroïde forme un relief en avant du côté droit. Il n'y a rien de bien marqué du côté gauche. Cette tumeur est très-dure, lisse, arrondie en avant, concave en arrière comme pour recevoir la trachée. Elle n'a point d'adhérences avec la peau; mais elle est immobile profondément.

En même temps, le malade éprouve une sensation pénible dans la gorge, et présente plusieurs plaques muqueuses dans la bouche, et principalement aux deux commissures des lèvres. Cet homme a contracté il y a plusieurs mois un chancre, pour lequel il a suivi un traitement mercuriel.

3 mai. Bains alcalins et iodure de potassium à l'intérieur; la tumeur ne diminue pas de volume.

30. On passe un petit tube de caoutchouc à travers la tumeur. Il s'écoule une certaine quantité de liquide noirâtre et de sang.

1er juin. Le malade est très-abattu. Il n'a pas dormi la nuit dernière; langue blanche, peau légèrement chaude. P = 84.

3. Le cou est œdématié en avant et dans ses parties déclives. P = 86. Cataplasmes.

5. A bien dormi; paraît plus calme; a pris un peu de nourriture; l'œdème disparaît peu à peu. Pas de fièvre.

11. L'état général est aussi satisfaisant que possible. Injections iodées par le tube.

4 juillet. La tumeur continue de suppurer légèrement. Depuis l'entrée du malade dans le service, son volume a diminué de moitié.

20. Même état. Continue régulièrement le traitement prescrit.

18 septembre. La diminution est très-appréciable. Le malade quitte le service sur sa demande, portant toujours son tube à drainage.

Obs. DX. — *Kyste de la thyroïde. Établissement d'une canule à demeure. Drainage. Amélioration.* — Raiser (Joseph), dix-sept ans, imprimeur, entre le 28 août 1874. Il y a environ quinze mois qu'il s'aperçut d'un peu de gonflement sur le côté droit du cou, au niveau du lobe droit du corps thyroïde qui a grossi peu à peu. Il y avait dès cette époque un peu de gêne des mouvements du cou, de la respiration et de la déglutition; mais la tumeur est restée indolente, et n'a causé aucune inflammation de voisinage. Aujourd'hui elle n'a pas contracté d'adhérences avec la peau qui a conservé sa coloration normale. Le corps de la tumeur occupe principalement la moitié droite de la région sus-sternale. De ce côté, elle est comprise tout entière dans le lobe droit de la thyroïde et déborde un peu la ligne médiane en avant. Elle est enkystée et fluctuante; en arrière, au contraire, elle est dure et résistante.

19 septembre. On passe une canule métallique à drainage à travers le kyste. Il s'écoule du sang mélangé d'un peu de sérosité. On laisse un petit tube métallique pour rendre plus faciles les lavages ultérieurs.

21. Pas de fièvre. Douleurs au niveau de la canule, par laquelle il s'écoule un liquide louche; injections d'eau de guimauve.

23. La suppuration est très-abondante; il sort un pus épais et légèrement verdâtre; peu d'appétit.

26. Suppuration toujours abondante; mais le malade a, par ses mouvements, fait sortir la canule qu'on remplace par un drain.

28. La plaie donne moins de pus. Injections iodées.

3 octobre. La tumeur a sensiblement diminué de volume.

15. On peut retirer le drain; la tumeur diminue de jour en jour.

24. Le malade part pour Vincennes. La tumeur est encore apparente; mais elle est en voie de régression. Il sort encore quelques gouttelettes de pus par la plaie. L'état général est bon.

Obs. DXI. — *Adénite sus-claviculaire suppurée. Ponction. Drainage. Érysipèle. Guérison.* — Biadgi (Charles), vingt-cinq ans, fumiste, entre le 23 décembre 1874. Porte une tumeur qui a débuté sans cause connue, il y a trois semaines.

A la région inférieure et latérale gauche du cou, dans le creux sus-claviculaire du même côté, on trouve les ganglions indurés, douloureux à la pression. Les ganglions cervicaux postérieurs sont également augmentés

de volume. Toute la région sus-claviculaire est occupée par la tumeur qui est fluctuante, profondément située et surmonte à peine le bord postérieur de la clavicule; elle est bosselée et dirigée parallèlement à l'axe de la clavicule. Œdème léger de cette région.

1er janvier. Peau rouge, chaude; douleurs lancinantes; fluctuation dans tout le creux sus-claviculaire. Ponction avec un trocart courbe à 8 cent. de l'extrémité externe de la clavicule, de manière à passer au-dessous du sterno-mastoïdien. On place un tube à drainage. Il s'écoule une grande quantité de pus bien lié et très-épais. Cataplasmes. Injections iodées.

20. Apparition d'une rougeur érysipélateuse autour de la plaie. P = 100. Liniment d'éther et de térébenthine.

30. Disparition de l'érysipèle. Suppuration tarie le 20 février 1875. Orifices refermés.

Obs. DXII. — *Lipome de la région sus-claviculaire. Énucléation. Guérison.* — Annon (Catherine), soixante-quatre ans, entre le 20 juin 1874 pour une tumeur située à la partie postérieure et externe du cou.

Il y a vingt ans environ que la malade la remarqua pour la première fois; elle avait alors la grosseur d'une noisette et roulait sous la peau. Elle a continuellement augmenté depuis lors, et atteint maintenant le volume d'une tête de fœtus. La partie inférieure occupe le creux sus-claviculaire, et s'étale sur l'aponévrose cervicale moyenne dans la partie qui recouvre les muscles sterno-mastoïdien, trapèze et le triangle sus-claviculaire.

Cette tumeur est superficielle, molle, multilobée, libre par sa base, adhérente au contraire superficiellement. Pas de rougeur, pas de changement de température de la peau. Il existe une fausse fluctuation qu'un peu d'attention réduit à sa juste valeur. La tumeur étant sus-aponévrotique, elle ne peut être en rapport qu'avec la jugulaire externe.

22 juin. Incision faite sur la partie postérieure pour que, la malade étant couchée, le pus puisse s'écouler plus facilement. A peine la peau est-elle divisée qu'elle se rétracte et laisse apercevoir les lobes d'un fibrolipome que l'on énuclée facilement. Réunion immédiate avec une mèche de charpie à la partie déclive.

La malade sort guérie le 5 juillet.

§ III

TRONC.

4 observations. — 1 abcès enkysté de la paroi antérieure de l'abdomen ouvert avec le bistouri et guéri; 1 abcès de la fosse iliaque ouvert au dehors; 2 sarcomes fasciculés.

L'un des sarcomes occupait la région dorsale; il était apparu sept ans avant l'entrée de la malade dans nos salles. Enlevée une première fois en ville, la tumeur récidiva au bout de deux mois dans la cicatrice; nous l'avons enlevée de nouveau, et depuis lors elle n'a pas récidivé; l'opération a eu lieu il y a huit mois (voy. obs. DXV).

Une autre tumeur fibro-plastique s'était développée au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure (voy. fig. 39). Elle avait contracté des adhérences avec l'aponévrose du muscle grand oblique, mais était restée complétement indépendante de l'os iliaque; elle différait à ce point de vue des tumeurs fibro-plastiques du voisinage de la crête iliaque décrites par Nélaton et qui presque toujours s'insèrent sur l'os. La plaie guérit sans complication. Deux mois plus tard, le malade rentra dans le service. Il portait une tumeur ovoïde arrondie de la grosseur d'un petit œuf de poule, qui siégeait sur la paroi postérieure du pharynx et paraissait s'être développée au-dessous de la muqueuse et aux dépens de l'aponévrose pharyngienne. Elle était dure, bien limitée, et rien ne faisait supposer qu'elle eût le moindre rapport avec la syphilis, d'autant mieux que le malade, soigneusement interrogé sur ses antécédents, n'avait rien accusé qui permît de supposer l'existence de cette diathèse. Nous crûmes d'abord qu'il s'agissait d'une autre tumeur fibro-plastique; nous craignîmes même un instant de nous trouver en présence d'un de ces cas dans lesquels les sarcomes offrent la même tendance à la récidive et à la généralisation que les carcinomes les plus graves. Malgré cela, nous ne voulûmes pas entreprendre l'ablation avant d'avoir

essayé l'iodure de potassium ; après quinze jours de ce traitement, nous fûmes assez heureux pour constater une diminution de volume de la tumeur, et au bout de deux mois elle disparut complétement sans autre médication (voy. observation DXVI).

Obs. DXIII. — *Abcès enkysté de la paroi abdominale antérieure. Ouverture par le bistouri. Amélioration.* — Hance (Marie), quarante-deux ans, couturière, entre le 8 août 1874. A deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic on rencontre un abcès du volume d'un gros œuf de poule offrant à la palpation une sensation d'empâtement et de fluctuation profonde. La peau a conservé sa couleur et sa température ordinaires. Sans être sous-cutanée, la tumeur n'est pas très-profonde, elle semble occuper une partie de la gaîne du muscle grand droit et siége en avant du corps charnu du muscle. Sa base est entourée d'une zone d'empâtement large de 2 centimètres environ.

Les fonctions digestives sont normales. La colonne vertébrale, les côtes, le sternum ne paraissent nullement lésés. La maladie a débuté il y a quinze jours au moment de la menstruation qui d'ailleurs n'a pas été troublée sans cause appréciable, sans douleur et sans phénomènes inflammatoires.

La malade est pâle, amaigrie et cachectique. Un peu de fièvre le soir. Cataplasmes. Huile de foie de morue. Fer et quinquina à l'intérieur. De jour en jour, la tumeur devient superficielle, et finit par faire une saillie dont le volume égale celui du poing. En même temps la peau s'amincit vers le sommet, et la fluctuation devient très-nette.

25 août. Ouverture avec le bistouri. Issue d'une grande quantité de pus de mauvaise odeur, mais bien lié. Le doigt introduit par l'ouverture montre que la collection siégeait superficiellement en avant du muscle grand droit, et qu'elle était enkystée. Même traitement qu'avant l'ouverture.

28. La suppuration est diminuée. État général meilleur. Appétit bon. Moins de fièvre le soir.

30. La malade quitte le service pour aller à la campagne.

Obs. DXIV. — *Abcès froid de la fosse iliaque gauche. Ponction. Amélioration.* — Carriat (Paul), dix-neuf ans, maçon, entre le 29 juin 1875. Porte une tumeur assez volumineuse sur la paroi antérieure de l'abdomen.

Quand, il y a deux mois, le malade l'a remarquée pour la première fois, cette tumeur offrait le volume du poing d'un enfant. En quinze jours, elle

a acquis ses dimensions actuelles; elle n'a jamais causé que des douleurs très-légères. Dans ces derniers jours, le malade se sentait affaibli, courbaturé, et très-gêné pour gravir les échelles.

On trouve, au moment de son entrée à l'hôpital, dans la région de la fosse iliaque gauche, un abcès fluctuant, arrondi, ovoïde, parallèle au pli de l'aine et assez saillant pour être facilement aperçu à distance.

Les limites ne sont pas nettes ; il semble que les téguments et les muscles viennent s'étaler à la surface. On ne découvre aucune tumeur dans le bassin, même lorsqu'on déprime très-fortement la paroi abdominale; les os iliaques et la colonne vertébrale ne paraissent être le siége d'aucune lésion; du moins la pression ne révèle pas la moindre douleur. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont intacts.

6 février. On ponctionne l'abcès avec le trocart ordinaire, et il en sort un liquide purulent, plus épais, plus jaune que celui qu'on rencontre habituellement dans ces collections. Cela tient sans doute au voisinage de l'intestin. On ferme l'ouverture avec un petit carré de diachylon.

8. Aucun retentissement sur l'économie. Santé excellente.

12. Il semble que le liquide se reproduit, mais très-lentement.

15. Il n'y a plus qu' une très-faible quantité de liquide dans la poche. Le malade veut absolument sortir.

Obs. DXV. — *Sarcome fasciculé du dos. Ablation. Récidive dans la cicatrice. Seconde ablation. Guérison.* — Rocher (Catherine), quarante-huit ans, entre le 26 mars pour une tumeur ulcérée du dos. Réglée à dix-huit ans; menstruation toujours régulière jusqu'en juillet 1874, époque de la ménopause; mariée à vingt-cinq ans, elle a eu une seule grossesse sans accident. Jamais de maladie si ce n'est la variole dans le jeune âge.

Il y a sept ans environ, elle remarqua vers le milieu du dos une petite ulcération très-superficielle n'occasionnant pas de douleurs, et survenue sans cause apparente. Pendant deux ans la peau parut seule intéressée, l'ulcération conserva ses proportions primitives (grandeur d'une pièce de 20 centimes) et la malade ne s'en préoccupa nullement.

Des croûtes la recouvraient pendant quelques jours, puis tombaient d'elles-mêmes. Un an plus tard (trois ans après le début) un bourrelet induré se forma autour de l'ulcération dont le diamètre égala bientôt celui d'une pièce de 2 francs, sans que la profondeur augmentât. Ce fut vers cette époque que la malade alla trouver un médecin de la ville qui enleva la tumeur avec le bistouri. Deux mois après cette opération, la malade remarqua un bourgeon charnu du volume d'une lentille, implanté sur les bords mêmes de la cicatrice qui atteignit bientôt le volume d'une aveline, et grossit constamment depuis lors. Aujourd'hui,

la tumeur est de la taille d'une mandarine; elle s'est ulcérée il y a trois mois, et l'ulcération a gagné rapidement en profondeur.

Elle siége à deux travers de doigt en dehors et à droite du corps de la quatrième vertèbre dorsale. Elle est d'un rouge brun, régulièrement arrondie, supportée à la manière d'un véritable champignon par un pédicule mince et bien limité. A la superficie existe une ulcération creusée en puits, à fond grisâtre, à bords déchiquetés et renversés, donnant passage à un liquide très-fétide.

Cette tumeur est sillonnée par de gros vaisseaux, et autour du pédicule, sur une zone large de trois doigts, la peau, d'un rouge foncé, présente des veines dilatées et sinueuses; elle est adhérente en quelques endroits. Indolente, élastique, sans fluctuation, la tumeur présente quelques noyaux très-durs à la périphérie. La santé générale est satisfaisante : nulle part on ne remarque de ganglions envahis.

4 avril. On fait avec le bistouri une incision circulaire comprenant toute la partie marbrée qui adhère aux fibres musculaires sous-jacentes. Le pédicule se trouve ainsi détaché avec la zone malade qui l'entoure.

Quelques pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux qui saignent pendant le cours de l'opération. La plaie présente une surface de $0^m,8$ sur $0^m,11$.

La tumeur, dure à la coupe, comme lardacée, crie sous le scalpel, et présente un aspect blanc nacré. Il est facile de distinguer à la vue des faisceaux fibrillaires à la surface. Quelques îlots situés sur la périphérie sont plus denses que le reste. Elle est peu vasculaire. Au voisinage de la partie ulcérée on trouve des vaisseaux plus abondants et plus gros que dans tout le reste. Le diagnostic microscopique porté est : Sarcome fasciculé pur.

Pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. Au bout de deux heures on retire les deux seules pinces hémostatiques laissées en place. Décubitus latéral gauche.

5. État général bon; rien à noter du côté de la plaie. Sulfate de quinine 0,50. Rhum 250 grammes.

6. TA. $38°,5$. P = 90.

Jusqu'au 15 même état.

15. Suppuration plus abondante que les premiers jours. Pus de bonne nature, inodore. Plaie rosée et bourgeonnante.

20. État général très-satisfaisant; la cicatrisation marche rapidement. Le diamètre longitudinal de la plaie est de 6 cent., et le diamètre transversal de 10 cent.

Dix jours plus tard la plaie est diminuée d'un centimètre sur sa longueur totale.

1er mai. Elle n'a plus que 5 sur 6 centimètres.

La malade quitte le service le 4 mai; il ne reste plus que quelques bourgeons charnus à cautériser.

Au 1er juillet 1875 il n'y avait pas eu de nouvelle récidive.

Obs. DXVI. — *Sarcome de la paroi antérieure de l'abdomen. Ablation, guérison. Apparition cinq mois plus tard d'une tumeur du pharynx. Disparition complète après six semaines de traitement par l'iodure de potassium.* — Lanot (Jean), quarante-cinq ans, gardien de la paix, entre le 23 janvier 1875 pour se faire enlever une tumeur siégeant au-dessous de la crête iliaque du côté gauche.

Ce malade aurait joui jusqu'à présent d'une très-bonne santé. Il n'aurait jamais été obligé de s'aliter et d'interrompre ses occupations habituelles. Pendant son service militaire, il n'aurait pas fait un seul jour d'hôpital. Il n'aurait jamais eu de manifestations strumeuses. Jamais non plus de syphilis (pas de chancre, pas de bubons, pas de roséole, etc.). Il y a deux mois seulement qu'il se serait aperçu pour la première fois de l'existence de sa tumeur. A cette époque elle était grosse comme une noix et un peu douloureuse à la pression. Elle s'est accrue graduellement et est devenue le siége de douleurs lancinantes spontanées, se présentant à des intervalles irréguliers, surtout quand il était fatigué.

Au bout de quelque temps, survint une douleur continue, extrêmement violente, exagérée par la marche et les mouvements, s'irradiant dans toute la région ombilicale et le pli de l'aine. D'après ce que dit le malade, elle aurait eu pour cause la compression exercée par le ceinturon, car pendant la nuit et dans le décubitus dorsal cette douleur disparaissait tout à fait. Elle est devenue dans ces derniers temps insupportable, et a rendu le service du malade impossible.

On trouve aujourd'hui une tumeur du volume d'un œuf de dinde, à cheval sur la crête iliaque gauche (voy. fig. 39), empiétant surtout sur la face externe de l'os. Elle est dure, non fluctuante, lisse et égale à la surface, n'est le siége d'aucune sorte de battements. Les téguments qui la recouvrent ont la couleur et la température de ceux du voisinage. La peau lui adhère étroitement, on ne peut ni la faire glisser, ni même la froncer. Il est impossible de la déplacer latéralement; mais dans le sens vertical on peut lui faire éprouver quelques changements. En la saisissant à pleine main pour rechercher son pédicule, on voit qu'elle est implantée par une large base sur la crête iliaque.

La consistance de la tumeur est inégale. A côté de parties très-dures rappelant nettement la consistance du cartilage et situées à la partie inférieure, on en trouve d'autres un peu plus molles se rapprochant davantage du tissu fibreux ou même musculaire. Rien dans les ganglions. Pas de

troubles dans la santé générale. On diagnostique un fibro-sarcome de la paroi abdominale ayant débuté par le périoste.

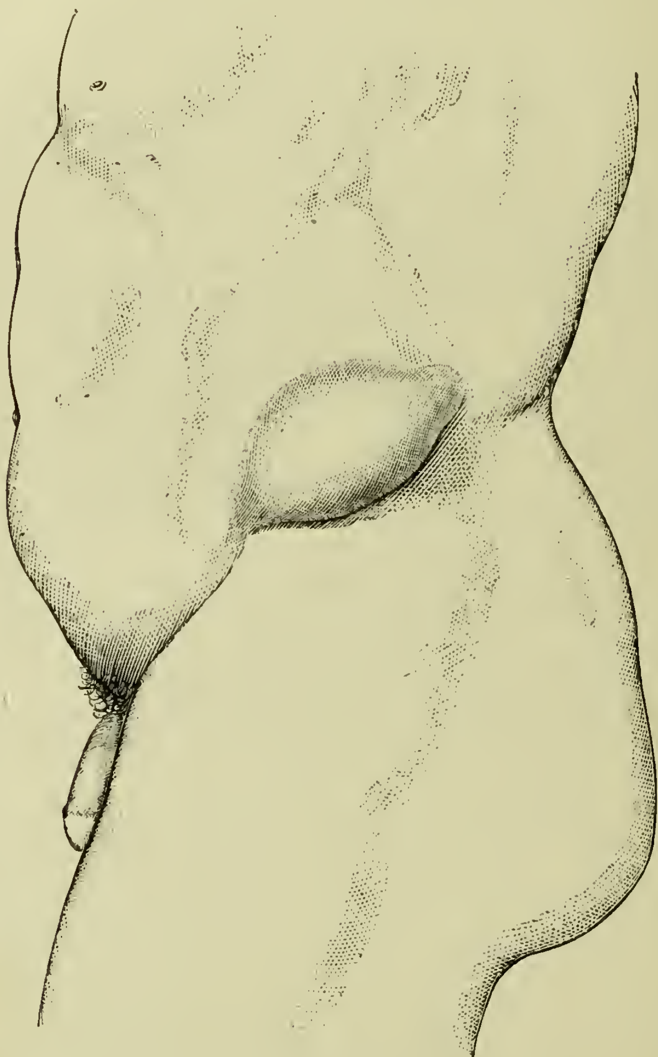


Fig. 39. — Sarcome de la paroi abdominale. (*De notre collection.*)

30 janvier. Incision curviligne avec le bistouri. Dissection soigneuse des téguments à la surface de la tumeur.

On voit que l'implantation ne va point, comme on l'avait cru jusqu'ici, sur le périoste, mais s'arrête sur l'aponévrose du grand oblique. Après

l'avoir séparée avec soin des fibres de cette aponévrose, on tente la réunion immédiate des deux tiers supérieurs de la plaie. On laisse un tube à drainage dans le tiers inférieur.

L'examen histologique montre que la tumeur est un sarcome fibro-élastique à centre caséeux.

2 février. État général et appétit bons. — Suppuration peu abondante et de bonne nature.

7. Même état.

21. Réunion presque complète ; on retire le tube à drainage.

24. Un peu de rougeur et de fluctuation dans le tiers inférieur de la plaie. — Ponction pour le passage d'un drain donnant issue à une petite quantité de pus. — État général bon.

27. La cicatrisation, quoique n'étant pas encore complète, marche très bien. — Le malade part pour Vincennes.

On a revu ce malade le 26 mars ; il était entièrement guéri.

8 août. Ce malade se présente à la consultation se plaignant d'une gêne notable pendant la déglutition. On le reçoit de nouveau à l'hôpital. La cicatrice laissée par l'ablation de la tumeur précédente est parfaitement régulière. Pas de traces de récidive. La santé générale est bonne. Rien dans les ganglions. Depuis cinq semaines environ ce malade éprouve des difficultés pour le passage des aliments solides. Peu à peu cette gêne a augmenté et aujourd'hui il est obligé de se contenter de potages ou de viandes réduites en pulpe très-fine. Rien dans la bouche ni sur le voile du palais. En faisant écarter fortement les mâchoires on voit que la paroi postérieure du pharynx est saillante, comme soulevée d'arrière en avant. Par le toucher on constate la présence d'une tumeur dure, assez bien limitée, sans traces de fluctuation. Elle présente le volume d'une petite pomme, paraît s'être développée dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, en un point directement opposé à la base du voile du palais. Cette tumeur adhère à la couche profonde de la muqueuse pharyngienne, mais elle est légèrement mobile transversalement et ne paraît pas avoir de connexions avec le squelette. Pas de traces d'inflammation dans le voisinage. Iodure de potassium à l'intérieur 3 gr.

17. Le volume de la tumeur est resté le même depuis l'entrée du malade. Pas de changements locaux. Même traitement.

25. La tumeur paraît diminuer de volume ; le malade s'aperçoit que la déglutition est plus facile.

3 septembre. La diminution de volume s'est nettement accusée. Depuis lors, sous l'influence du traitement interne, elle marche régulièrement, et le 25 septembre ce malade quitte le service complétement guéri.

§ IV

MEMBRE SUPÉRIEUR.

Vingt-sept observations qui se répartissent ainsi suivant les régions : six adénites des ganglions de l'aisselle; l'une d'elles consécutive à une plaie superficielle de l'index ; toutes les autres apparurent spontanément chez des scrofuleux. L'une d'elles, même, fut observée chez un malade phthisique au second degré. Elle guérit néanmoins par le drainage.

Une tumeur ganglionnaire de la même région fut enlevée par le bistouri, et l'on vit après l'ablation que l'on avait eu affaire à une hypertrophie avec dégénérescence caséeuse des ganglions. C'était d'ailleurs le diagnostic porté avant l'ablation. (Obs. DXXIII.)

La tumeur enlevée chez la malade de l'observation DXXIV était un carcinome primitif des téguments de l'aisselle; un autre carcinome s'était développé dans un nævus de l'épaule. On l'enleva en même temps que les ganglions axillaires envahis. La malade mourut à la suite d'une bronchite capillaire. (Obs. DXXV.)

Sur le bras, nous trouvons un phlegmon diffus étendu suivi d'érysipèle et de mort rapide ; un kyste sanguin du voisinage du coude guéri par la ponction ; un lipome volumineux situé vers l'insertion inférieure du deltoïde et enlevé avec succès; plusieurs tubercules squirrheux sur les téguments du bras également enlevés avec le bistouri.

Enfin une tumeur volumineuse siégeant vers l'extrémité inférieure du bras et développée aux dépens du névrilème du nerf radial. L'examen histologique démontra que c'était un chondrome lobulé. (Obs. DXXX.)

Les observations relatives à l'avant-bras sont les suivantes :

Phlegmon diffus	1
Abcès circonscrit	1
Pustule maligne de l'avant-bras	1
Synovite de la gaîne du fléchisseur commun	1
Kystes à grains riziformes	4
Corps étrangers restés sous les téguments du poignet.	1

Des kystes à grains riziformes, deux occupaient la gaîne du fléchisseur commun des doigts; un, la gaîne du fléchisseur propre du pouce; un, la gaîne des extenseurs.

Le traitement fut le même dans tous les cas. Il consista en une ponction sous-cutanée et une compression légère avec de la ouate. Nous ferons d'ailleurs, à propos de ces maladies, la remarque que nous avons faite plus haut au sujet des kystes du sourcil : beaucoup de malades opérés le samedi sont retournés chez eux aussitôt après.

A la main, nous trouvons deux congélations, l'une de toute la main, l'autre de l'extrémité des doigts seulement. La malade qui fait le sujet de la première observation était cachectique au dernier point ; elle avait de plus une ichthyose généralisée. On enleva les métacarpiens après la mortification des parties molles. Quelques jours plus tard nous dûmes la faire passer en médecine à cause d'une pleurésie double; elle mourut le lendemain. (Obs. DXL.)

Les trois autres observations ne renferment rien de particulier. Il s'agit d'un phlegmon de la paume de la main et de deux onyxis.

Nous ne reviendrons point ici sur les malades qui sont venus dans le service pour des tumeurs solides de la paume de la main et dont nous avons parlé antérieurement. (Voy. première partie, leçon XIII).

A. — Aisselle.

Obs. DXVII. — *Adénite axillaire aiguë à la suite d'une plaie superficielle de l'index. Ponction, drainage. Guérison.* — Draysse (Abel), vingt-trois ans, sellier, entre le 28 septembre 1874. Il y a une douzaine de jours ce jeune homme est tombé, et dans sa chute il s'est fait une légère blessure à l'index de la main gauche. Après un pansement simple, il a continué son travail pendant cinq à six jours, tout en ressentant de la douleur dans le bras, qui ne présentait, dit-il, aucune trace de rougeur. Au bout de ce temps il a dû cesser de travailler, et il est resté toute la semaine chez lui. C'est alors qu'il y a six jours il a été pris dans la nuit de plusieurs frissons, avec claquement de dents. Les douleurs se sont accrues, et il n'a pu remuer le bras, tant l'épaule devenait sensible. Il a perdu tout sommeil et

tout appétit, et il n'a pas tardé à remarquer que la paroi antérieure du creux de l'aisselle gauche, où siégeait surtout la douleur, augmentait de volume, en même temps que la peau était rouge, chaude et tendue ; il éprouvait parfois de très-vifs élancements.

29 septembre. A son entrée, la région du grand pectoral gauche est rouge, douloureuse et soulevée. La pression est très-pénible et fait reconnaître un empâtement profond et étendu. La langue est recouverte d'un enduit saburral. La peau est chaude. Anorexie et insomnie complètes. P = 104. Afin de hâter la formation de l'abcès, on applique des cataplasmes émollients.

1er octobre. L'abcès devient fluctuant; on passe un drain, et le pus sort en grande quantité.

2. Le malade se trouve soulagé; il peut reposer quelques heures. P = 88, large, un peu mou.

4. La suppuration se fait bien ; la peau a perdu sa rougeur et sa sensibilité. L'appétit revient.

7. Le pus est moins abondant ; l'état général est satisfaisant. Le sommeil et l'appétit sont excellents. Plus de douleur. P = 76.

16. L'abcès ne donne presque plus de pus ; l'empâtement est en partie dissipé. Le malade commence à se servir de son bras, qu'il ne pouvait remuer jusqu'alors. Il quitte le service.

Il est revenu depuis lors à la consultation ; la guérison a été complète et il a pu reprendre son travail au bout de quinze jours.

Obs. DXVIII. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle. Ponction, drainage. Guérison.* — Chaley (Jean), quarante ans, couvreur, entre le 15 février 1874. Depuis cinq jours a vu survenir spontanément une tuméfaction d'un ganglion de l'aisselle avec douleur et chaleur de la peau au même niveau. Sur la paroi antérieure du creux de l'aisselle droite on remarque une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon. La peau est rouge, luisante, amincie. Fluctuation caractéristique. Induration de la base de la tumeur. Pas de blessure de la main, ni du bras.

Cataplasmes et passage d'un drain pour assurer le libre écoulement du pus. Guérison le 15 mars.

Obs. DXIX. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle. Ponction simple, cataplasmes. Guérison.* — David (Joseph), garçon de magasin, vingt-quatre ans, entre le 8 mars 1875. La maladie a débuté il y a huit jours, sans cause connue.

Au fond du creux de l'aisselle droite, près de la racine du bras, existe une petite tumeur du volume d'une noix. La peau rouge tout autour est amincie au sommet de la tumeur. Gonflement et œdème à la base. Cuis-

son, chaleur, élancements, fluctuation très-nette. Pas de plaie de la main; pas d'angiolcucite; pas de chapelet ganglionnaire.

On ponctionne l'abcès avec le bistouri; il s'écoule un peu de pus mélangé à du sang. Cataplasmes. Guérison au bout de quatre jours.

Obs. DXX. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle droite. Ponction, drainage. Guérison.* — Picot (Léonor), quarante-six ans, garçon maçon, entre le 11 janvier 1874. Homme pâle et débile. A remarqué il y a un mois une tumeur de la grosseur d'une cerise, siégeant sous l'aisselle droite, indolente et très-mobile. Son volume s'est assez rapidement accru; elle est devenue le siége d'élancements douloureux, et a fini par empêcher le malade de travailler.

Actuellement le creux axillaire droit présente à sa partie interne et supérieure une tumeur dure, rénitente, de la grosseur d'une mandarine. Elle est allongée transversalement, adhère à la peau, qui offre quelques traces d'inflammation, et ne peut glisser sur les parties profondes. Elle est peu ramollie et forme un chapelet ganglionnaire dans l'aisselle. Pas de fièvre, peu d'appétit. État général mauvais, mais rien dans les poumons.

Cataplasmes pendant cinq jours, puis ponction et passage d'un drain; il s'écoule une cuillerée de pus. A l'intérieur, vin de quinquina et sirop d'iodure de fer. Suppuration tarie au bout de quinze jours. L'état général est un peu meilleur qu'au moment de l'entrée; bien que les ganglions de l'aisselle restent volumineux, la douleur et la gêne des mouvements du bras ont disparu.

Obs. DXXI. — *Abcès ganglionnaire de l'aisselle gauche. Ponction, drainage. Guérison.* — Launay (Virginie), blanchisseuse, quarante-deux ans, entre le 16 février 1874. Femme amaigrie et qui a été souvent malade. Réglée à dix-huit ans, elle a toujours vu régulièrement depuis. Elle n'a jamais eu d'affections semblables. Elle ne se rappelle pas avoir eu de maux d'yeux, de gourmes, etc. Il y a six semaines elle a vu apparaître, sans douleur notable en avant de l'aisselle gauche, une petite tumeur qui avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur est peu à peu devenue grosse comme un œuf de poule, a occasionné des douleurs dans le bras et gêné les mouvements de l'articulation scapulo-humérale; la fièvre, surtout la nuit, a amené de l'insomnie et une soif très-vive.

Au moment de son entrée, la tumeur siége en arrière du grand pectoral; elle est peu douloureuse; sa résistance est considérable, et la peau qui la recouvre est chaude et très-rouge. Rien dans les autres ganglions.

La malade est fatiguée, dort peu, a perdu l'appétit.

Iodure de potassium, cataplasmes, vin de quinquina.

4 mars. La tumeur se ramollit au sommet; on sent de la fluctuation. On pratique une incision qui donne issue à une petite quantité de pus.

6. La suppuration est assez abondante ; la malade se dit fort soulagée. Le sommeil est revenu ; elle mange de meilleur appétit.

9. La tumeur est à peu près disparue ; il n'y a plus qu'un léger empâtement des tissus qui diminue chaque jour. La suppuration n'est pas entièrement tarie ; néanmoins, la malade peut partir pour le Vésinet.

Obs. DXXII. — *Abcès froid de l'aisselle droite. Tuberculose. Drainage. Traitement général fortifiant. Guérison de l'abcès.* — Bourel (Alphonse), vingt-neuf ans, forgeron, entre le 12 janvier 1875. Amaigri et cachectique, muqueuses décolorées. A eu il y a un an une pleurésie gauche. Se plaint de sueurs nocturnes, de diarrhée et de fièvre revenant tous les soirs. Jamais d'hémoptysies. A la percussion, submatité, et perte d'élasticité en arrière aux deux sommets. A l'auscultation, respiration rude avec expiration prolongée. A vu survenir sans cause connue, il y a huit jours, une tumeur de l'aisselle droite. Elle se trouve sur la paroi interne du creux axillaire ; présente le volume d'une orange; est peu fluctuante et paraît sous-musculaire. Elle n'est point animée de battements et ne subit pas de mouvements d'expansion au moment de l'expiration. Rien dans le squelette de la région. On fait une ponction et on passe un tube à drainage. Issue d'une certaine quantité de pus séreux. Injections iodées. A l'intérieur, vin de quinquina et huile de foie de morue. Au bout d'un mois, la suppuration est tarie, et l'état général est un peu meilleur; le malade quitte le service.

Obs. DXXIII. — *Tumeur ganglionnaire de l'aisselle. Ablation. Guérison.* — Vannier (Adèle), vingt-neuf ans, repasseuse, entre le 23 avril 1875 pour une tumeur de la région antérieure de l'aisselle gauche. Femme amaigrie et fatiguée. Elle avait une sœur qui est morte phthisique à vingt-cinq ans ; ses parents vivent encore et sont bien portants. Réglée à quatorze ans, elle a toujours eu un sang pâle et peu abondant. Une seule grossesse régulière et suivie d'un accouchement normal l'année dernière. Il y a deux mois seulement qu'elle a cessé d'allaiter. Les forces ont diminué depuis six mois, et elle a perdu rapidement son embonpoint.

Dès 1871, la malade remarqua sous l'aisselle gauche une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui, depuis lors, augmenta régulièrement, mais très-lentement, de volume. La première année, cette tumeur fut complétement indolente ; dans la deuxième année, quelques douleurs se firent assez vivement sentir pendant trois ou quatre mois, puis disparurent peu à peu sous l'action d'une pommade calmante. Elles ont reparu depuis à divers intervalles, mais n'ont jamais été insupportables. Il y a un an, le volume de cette tumeur était celui d'un œuf de pigeon. Le développement

a été très-rapide, surtout depuis un an, époque à laquelle la malade a commencé d'allaiter. Aussi lorsqu'il y a deux mois elle se présenta à la consultation, lui conseilla-t-on de sevrer son enfant, âgé de dix mois, afin de pouvoir plus aisément traiter cette tumeur par des moyens médicaux. Pendant deux mois la malade a presque constamment fait, sans aucun résultat, des frictions à l'onguent napolitain.

Au moment de son entrée dans le service, cette femme présente sous l'aisselle gauche, à la partie antérieure et interne, une tumeur grosse comme un œuf de poule, dure, rénitente, et douloureuse à la pression. La peau a conservé son aspect normal et glisse sur la tumeur, sauf sur la partie inférieure où elle est adhérente sur une petite étendue. La tumeur est mobile sur les parties profondes et se déplace assez facilement. Elle est située en arrière du grand pectoral, qui la déborde légèrement sur son bord interne. Elle est unique ; on ne trouve pas de chapelet ganglionnaire dans l'aisselle.

1er mai. On incise les téguments verticalement sur la partie médiane, puis on pratique sans difficulté l'énucléation. La partie supérieure de l'incision est réunie par première intention ; on place un drain dans la partie inférieure. A la coupe, on voit que la tumeur est formée par une coque kystique remplie de matière caséeuse.

2. La malade a souffert hier soir de sa plaie ; a ressenti quelques tiraillements. La nuit a été assez bonne ; sommeil de plusieurs heures. Peau fraîche. Appétit. P = 88.

3. A passé une bonne journée hier et une très-bonne nuit. Pas de douleurs du côté de l'aisselle tant que le bras reste immobile. P = 76.

6. La suppuration se fait franchement ; la partie supérieure de la plaie est réunie. L'état général est excellent. Le mieux continue ; la malade se lève.

25. La réunion de la plaie est complète ; il ne reste plus qu'une petite surface bourgeonnante. La malade sort sur sa demande.

Obs. DXXIV. — *Carcinome primitif des téguments de l'aisselle gauche. Ablation. Récidive dans la cicatrice. Guérison de la plaie.* — Mangoot (Julie), quarante-sept ans, entre le 22 juin 1874. Opérée déjà pour une tumeur de l'aisselle du même côté, au mois de juin 1873. Au mois de janvier, il s'est formé sur la cicatrice un petit bourgeon charnu qui n'a jamais complétement disparu. Ce bourgeon s'est ulcéré, et peu à peu toute la cicatrice a été envahie. Aujourd'hui il existe sur les limites de la paroi antéro-interne du creux de l'aisselle une ulcération cancéreuse de la grandeur d'une pièce de 5 francs. L'ulcération, en forme de puits, va jusqu'au tissu graisseux, qu'elle commence à envahir. Selon toute probabilité, la

tumeur a commencé dans l'épaisseur du derme dont elle a envahi successivement les différentes couches. Le fond est grisâtre, les bords violacés, déchiquetés.

11 juillet. On pratique une incision circulaire intéressant toute la paroi interne du creux de l'aisselle. On enlève la tumeur qui a contracté quelques adhérences profondes. Réunion immédiate.

La tumeur est dure, nacrée, crie sous le scalpel ; par le raclage il ne s'écoule aucun suc ; elle a envahi le tissu cellulaire sous-cutané et empiète sur le tissu du grand pectoral.

L'examen microscopique montre que c'est un carcinome fibreux (M. Malassez).

Rhum ; sulfate de quinine, 50 centigr. Réaction fébrile à peine sensible. Trois jours après, la malade s'étant un peu découverte prend froid et contracte une bronchite catarrhale qui, au bout de trois jours, disparaît.

Six jours après l'opération, les points de suture se sont arrachés ; on réunit de nouveau à l'aide de bandelettes de tarlatane collodionnées. La malade quitte le service le 10 août, et continue le pansement chez elle. La plaie a été complétement fermée le 1er septembre.

B. — Épaule.

Obs. DXXV. — *Dégénérescence d'un nævus de l'épaule. Invasion des ganglions de l'aisselle par la mélanose. Ablation de la tumeur et des ganglions. Mort par bronchite capillaire.* — Saurot (Prosper), cinquante-cinq ans, tailleur, entre le 25 avril 1874. N'a jamais été malade jusqu'à ce jour.

Il portait sur la région postérieure et supérieure de l'épaule une petite tache congénitale de la largeur d'une pièce de 50 centimes, qui n'avait présenté jusqu'alors aucune modification appréciable à la vue ou au toucher. Vers le mois de juin 1871, de petites granulations apparurent à la surface et donnèrent un peu de sang. Le malade consulta un médecin qui en fit l'ablation en introduisant six épingles au-dessous de la plaque noirâtre, et en faisant passer circulairement au-dessous de ces épingles un fil qu'on serrait chaque jour. L'ablation fut complète au bout de dix-sept jours ; la plaie fut ensuite cautérisée avec le fer rouge. Il se croyait bien guéri lorsque, trois ou quatre mois plus tard, le nævus commença à croître d'abord assez lentement, puis plus rapidement dans ces derniers temps, mais sans douleurs, ni élancements. Presque simultanément le malade sentit dans l'aisselle une petite tumeur qui se développa parallèlement à la précédente. En dernier lieu elle avait acquis le volume d'un œuf de poule. M. Maisonneuve qui vit le malade à ce moment constata la présence de la tumeur axillaire et conseilla au malade de revenir plus tard se faire opérer.

Ces deux tumeurs sont toujours restées complétement indolentes, et n'empêchent point le malade de se livrer à ses occupations.

Actuellement on trouve sur la face postérieure de l'épaule deux tumeurs de la grosseur d'une châtaigne. Leur aspect est violacé ; leur base offre une consistance assez dure ; elles adhèrent légèrement à la peau.

Celle de l'aisselle intéresse les ganglions externes, qui se rapprochent du nerf sous-scapulaire.

25 avril. On pratique une incision rectiligne, dont l'extrémité inférieure correspond à la partie la plus déclive de la tumeur. Celle-ci est très-vasculaire, adhérente en partie au muscle grand dorsal; quelques ganglions isolés se rencontrent au-dessous du plus volumineux.

Une seconde incision permet d'enlever la tumeur de la région de l'omoplate. On constate l'existence d'une petite tache noire sous-épidermique. A la coupe, les ganglions de l'aisselle sont trouvés en pleine dégénérescence mélanique.

26. Le malade a passé une assez bonne nuit et ne paraît guère fatigué de l'opération.

27. Un peu de fièvre de 6 heures du soir à 4 heures du matin: pas de frisson ; la peau est fraîche ; le malade ne souffre pas du côté du bras. P = 85.

30. A toujours de la fièvre le soir. Repose un peu la nuit. P = 90.

2 mai. La plaie laisse toujours suinter une sérosité sanguinolente; l'état général du malade paraît satisfaisant; l'appétit revient un peu. P = 85.

5. Fièvre le soir, mais sans frisson. L'appétit est meilleur, le sommeil calme. P = 90.

7. Le malade s'est refroidi; toux et dyspnée. A l'auscultation râles sibilants ou ronflants généralisés. Expectoration peu abondante. Dyspnée. Potion au kermès. P = 90.

8. La peau est chaude. Teinte cyanosée de la face. Toux incessante, stertor. P = 98 plein.

9. Pouls petit et misérable. Symptômes asphyxiques beaucoup plus prononcés que la veille, succombe dans la soirée. L'autopsie n'a pu être faite.

C. — Bras.

Obs. DXXVI. — *Phlegmon diffus spontané du bras gauche. Mort rapide.* — Saret (Eugène), quarante-quatre ans, charpentier, entre le 8 juillet 1874. Apporté à l'hôpital avec un délire intense qui remonterait à deux jours. Il y a trois jours seulement qu'il s'est mis au lit. La peau du bras et de la presque totalité de l'avant-bras est luisante et fortement

tendue, elle présente une teinte rouge très-foncée. Le membre supérieur gauche est tuméfié et offre la consistance caractéristique du phlegmon. Le membre donne la sensation d'une chaleur brûlante. Le malade est dans l'agitation et le délire, la langue est pâteuse et couverte d'un enduit brunâtre. Le médecin qui a été appelé a cru bon de pratiquer un léger débridement à la partie externe et inférieure du membre, mais ce débridement paraît insuffisant. P = 124.

9 juillet. Le malade est dans un état d'excitation prononcée. Fièvre très-forte. Érysipèle occupant le bras, l'avant-bras et la main. Mort dans la soirée.

Obs. DXXVII. — *Kyste sanguin du coude gauche. Évacuation du contenu. Guérison.* — Cadot (Auguste), dix-huit ans, fondeur, entre le 6 mars 1874 pour une tumeur occupant la région sus-épitrochléenne du bras gauche.

Il y a quatre ans il fit une chute sur le coude, et quelques jours plus tard il vit apparaître une tumeur du volume d'une noix, grossissant et diminuant alternativement, quelquefois même disparaissant complétement.

Depuis longtemps cette tumeur est stationnaire et gêne les mouvements de flexion. A l'entrée du malade dans le service, elle a le volume d'un œuf, est située immédiatement au-dessus de l'épitrochlée et limitée au côté interne du bras. Elle n'est pas mise en mouvement par la contraction des muscles épitrochléens, mais adhère aux parties sous-jacentes. Pas de travail inflammatoire, pas de douleurs; la peau qui la recouvre est mobile et de couleur normale. La consistance est à peu près celle des lipomes; sa fluctuation est pourtant un peu plus nette.

7 mars. On pratique une incision verticale, et on est obligé de diviser les fibres du triceps brachial pour arriver jusqu'à la tumeur. L'incision montre qu'elle est formée par une poche remplie de sang presque pur. Elle est enclavée dans l'épaisseur du triceps, ne le déborde ni d'un côté ni d'un autre, et est très-élastique. Le contenu peut être évalué à 150 grammes.

Pansement simple. Compresses alcoolisées. Le bras est maintenu dans l'immobilité. Le malade sort le 17 mars. La plaie est cicatrisée.

Obs. DXXVIII. — *Lipome volumineux du bras. Énucléation. Guérison.* — Martial (Claudine), quarante-cinq ans, couturière, entre le 5 janvier 1875. Sa tumeur a débuté il a douze ans environ, et s'est développée régulièrement depuis lors. Elle siége à la partie externe du bras droit, vers l'insertion inférieure du deltoïde, et présente le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle est ovoïde, indolente, n'adhère nullement à la peau dont la coloration n'a pas varié, et offre la consistance du lipome. Facile à

circonscrire, nettement pédiculée, elle présente à sa surface quelques veines dilatées. Cette tumeur est gênante par son volume, et rend les travaux un peu longs impossibles.

17 janvier. Incision elliptique circonscrivant la base de la tumeur; puis énucléation facile. Les deux bords de la plaie sont réunis excepté vers la partie inférieure où l'on place une mèche qu'on laisse à demeure. Guérison complète au bout d'un mois.

Obs. DXXIX. — *Tubercules squirrheux siégeant sur le bras. Ablation avec le bistouri. Guérison de la plaie.* — Perrot (Marie), ménagère, cinquante ans, entre le 9 mai 1874.

Il y a dix ans cette femme s'est heurtée fortement le bras droit sur une clef de buffet. A la suite de ce coup, il serait survenu une sorte de furoncle qui n'a pas percé. Cette tumeur devenait parfois le siége de petits pincements. Il y a un an, la douleur est devenue plus vive, le bouton s'est agrandi, puis s'est partagé en deux autres qui se sont écartés, tout en restant unis par un étroit sillon de même nature. Des douleurs se sont fait sentir dans le bras, le sein et l'épaule correspondants. On cautérisa ces deux boutons avec de la pâte de Vienne; ils récidivèrent presque aussitôt, et au lieu de conserver la couleur pâle qu'ils avaient, ils devinrent rouges. La douleur était plus vive, et les boutons, loin de conserver leur étendue primitive, s'élargirent.

La ménopause date de seize mois, il semble depuis lors que les douleurs soient devenues beaucoup plus vives et que la tumeur ait marché plus rapidement.

A son entrée dans le service, on voit sur la partie moyenne et antérieure du bras trois tubercules cutanés placés à 2 centimètres l'un de l'autre, et juxtaposés.

9 mai. — On excise la peau sur tout le pourtour et on enlève largement ces tubercules. A la coupe, ils sont blancs, nacrés, durs et sans ichor.

11. A eu un peu de fièvre et de frisson hier soir; dans la nuit un peu de chaleur; n'a pu dormir à cause des douleurs causées par l'opération. P=95.

12. Journée bonne, appétit bon; plus de fièvre.

13. La malade demande à sortir; elle viendra se faire panser à la consultation.

Guérison au bout de trois semaines.

Obs. DXXX. — *Chondrome lobulé du nerf radial. Extirpation. Guérison. Conservation des mouvements de pronation de l'avant-bras et d'extension des doigts.* — Simon (Anne), quarante-huit ans, entre le

8 mars 1874. Porte depuis deux ans une tumeur à la partie inférieure et externe du bras droit, à quatre travers de doigt au-dessus du pli du coude sur le trajet de la gouttière de torsion de l'humérus.

Cette malade n'a pas d'antécédents syphilitiques. Le traitement à l'iodure de potassium essayé depuis son entrée dans le service est resté sans résultat.

La tumeur a débuté il y a deux ans environ. Quand la malade l'aperçut, elle était grosse à peu près comme une noisette et roulait sous la peau. Elle était absolument indolente et n'avait amené aucun trouble dans la sensibilité, la nutrition et la motricité du bras, de l'avant-bras et de la main.

Au moment de son entrée, la tumeur présente les caractères suivants : Elle siége sur la face interne du bras dans l'intervalle qui sépare le long supinateur du brachial antérieur. Son volume égale celui d'une tête de fœtus de six mois : elle est arrondie, nettement circonscrite. La peau qui la recouvre est lisse, sillonnée par quelques veines peu volumineuses. Au toucher, on trouve qu'elle n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur.

Sa consistance en certains endroits est sensiblement celle d'un fibrome; dans d'autres elle est un peu plus molle, comme si elle était creusée de petites cavités kystiques. Elle adhère aux parties profondes par une large base et paraît faire corps avec elles. Depuis trois mois elle est le siége de douleurs spontanées continues prenant quelquefois la nuit le caractère paroxystique. Ces douleurs sont exagérées par la pression. Tous les mouvements de l'avant-bras et de la main sont possibles quoique s'exécutant avec une certaine gêne. La pronation et la supination sont les plus pénibles.

La sensibilité cutanée est intacte. La malade accuse cependant des fourmillements dans toute la main et les doigts. Pas de troubles de nutrition. La forme et la coloration des doigts sont exactement les mêmes que du côté gauche.

28 mars. Incision médiane des téguments. Avec la spatule, énucléation de la tumeur qui adhère par un double pédicule étalé à la surface de l'aponévrose brachiale.

La production morbide est homogène, molle par places, solide et très-résistante en d'autres. Elle est traversée par le radial dont on retrouve les deux extrémités dans l'intérieur. Son névrilème paraît épaissi ; il s'étale à la surface de la tumeur à laquelle il forme une sorte d'enveloppe fibroïde.

A la coupe le tissu est d'un gris cendré en certains endroits, blanc mat dans d'autres. En quelques points il est mou et presque gélatiniforme; dans d'autres, dur et criant sous le scalpel. Par places on trouve de petits kystes contenant un liquide séreux et clair. La tumeur est peu vasculaire.

A l'examen microscopique on constate que la tumeur est un chondrome lobulé, développé aux dépens du nerf radial. On y trouve des lobules de cartilage fœtal au milieu d'un tissu sarcomateux embryonnaire.

La plaie longue de 14 cent. est réunie par première intention.

La température reste normale les jours suivants; le sixième jour elle atteint 38°,6 pour redescendre à 37°,5 le lendemain. La santé générale est satisfaisante; la plaie suppure franchement.

La plaie ne présente plus que 12 cent. de longueur, dix jours après l'opération. La cicatrisation marche rapidement. Le membre est d'ailleurs maintenu dans l'immobilité la plus complète pendant toute la durée de la cicatrisation.

Le 26 avril, époque de la sortie de la malade, la plaie ne présente plus que quelques bourgeons charnus faciles à réprimer à l'aide du crayon de nitrate d'argent.

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont très-limités. Les mouvements d'extension et de flexion de la main et des doigts quoique peu étendus existent cependant. La malade accuse une diminution de chaleur et de sensibilité limitée au pouce et à l'index.

Obs. DXXXI.—*Abcès circonscrit du bras droit.*—Dechenaux (Isidore), trente-huit ans, menuisier, entre le 11 janvier 1875. A ressenti, il y a huit jours, une douleur vive dans le bras droit. Il a mis jusque aujourd'hui des cataplasmes sur ce bras.

Sur la face antérieure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, le malade ressent de la chaleur et des élancements. La peau est rouge, chaude; l'avant-bras est tuméfié dans une certaine étendue, le gonflement ne gagne pas le coude. Avec le doigt on reconnaît aisément qu'il existe dans le tissu cellulaire sous-cutané un abcès phlegmoneux idiopathique peu étendu. La langue est sale. Inappétence. Insomnie. P = 86. Incision donnant issue à du pus en petite quantité. Guérison complète au bout de quatre jours.

D. — Avant-bras.

Obs. DXXXII.—*Phlegmon diffus de l'avant-bras.*— Adam (Edouard), vingt-trois ans, maréchal-ferrant, entre le 15 avril avec un phlegmon diffus développé autour d'une petite plaie superficielle faite huit jours avant.

La face postérieure de l'avant-bras droit est le siége d'un gonflement limité en bas par la première rangée du carpe et s'arrêtant en haut à l'articulation du coude. La peau est rouge, chaude et luisante. Douleurs profondes, lancinantes, s'exaspérant par la pression. Fluctuation facile à percevoir à la partie moyenne de l'avant-bras, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Absence de symptômes généraux. Pas de fièvre. Appétit bon. Sommeil conservé.

Deux jours après l'entrée du malade le phlegmon est ouvert avec le bistouri. Ponction et contre-ponction faites à quatre travers de doigt l'une de l'autre. Un drain est passé sous la peau qui présente un large décollement. Injections et lavages alcoolisés. Cataplasmes. Le 28 avril le gonflement étant notablement diminué et la suppuration presque nulle, le malade retourne chez lui.

Obs. DXXXIII. — *Pustule maligne de l'avant-bras gauche. Cautérisation avec le sublimé corrosif. Guérison.* — Itablo (Angélique), cinquante-trois ans, cuisinière, entre le 20 juillet 1874.

Il y a une huitaine de jours elle vit apparaître sur la face postérieure de l'avant-bras gauche, à trois travers de doigt au-dessus du poignet, un petit bouton auquel elle ne fit aucune attention, mais qui occasionna bientôt un prurit insupportable.

Elle enleva à plusieurs reprises la croûte qui se formait à la surface de la tumeur. Alors survint une petite ulcération avec rougeur de la peau et quelques papules. Elle n'a pas souvenir d'avoir été piquée par une mouche ou tout autre insecte.

Aujourd'hui on remarque une eschare arrondie de 3 centimètres de diamètre et qui date de quatre jours. Autour de la croûte noire de l'eschare on remarque un bourrelet formé par la réunion de vésicules grosses comme des pois, pleines d'un liquide de couleur groseille. En dehors on voit çà et là de grosses vésicules plus pâles que les précédentes. Toutes reposent sur une base très-dure, entourée d'un cercle inflammatoire. La peau est rouge, humide, laisse suinter un liquide rosé. L'avant-bras et la main sont œdématiés. On remarque à la face dorsale de la main, dans le quatrième espace interdigital, une petite vésicule de la grosseur d'un grain de chènevis, moins gorgée que les autres, mais ayant également sa zone inflammatoire. La malade présente d'ailleurs à la face un grand nombre de taches roses, semblables à des piqûres de puce, et de petites papules qui se desquament au bout de trois ou quatre jours. Cette éruption serait normale, d'après la malade, à cette époque de l'année. Le liquide contenu dans les vésicules est examiné au microscope; il contient beaucoup de bactéries et de vibrions. L'état général de la malade n'est d'ailleurs pas inquiétant. Pas de céphalalgie, ni d'abattement. Appétit. Pouls normal. Pas de sucre dans l'urine.

20 juillet. On fait une incision cruciale profonde sur l'ulcération et on applique deux grammes de sublimé qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures.

21. Les bords n'ayant pas été assez largement cautérisés, on applique

une seconde couche de sublimé. La petite vésicule de la face dorsale de la main est desséchée et aplatie. Les vésicules sont percées avec une épingle pour laisser écouler le liquide, et cautérisées.

22. Une eschare profonde et débordant un peu les bords a remplacé la zone vésiculeuse; il reste une vésicule assez volumineuse sur les bords de l'eschare, et on la cautérise vigoureusement. L'œdème est toujours le même. On remarque à l'avant-bras quelques lymphatiques enflammés. L'état général est très-satisfaisant.

23. Même état. L'eschare est très-noire, très-profonde. La rougeur et l'œdème de l'avant-bras et de la main semblent diminuer. On applique sur l'eschare et les parties environnantes des compresses trempées dans une infusion de feuilles de noyer fraîches.

24. L'œdème diminue. Même état général.

28. L'eschare se détache à son pourtour. L'œdème a disparu. On continue l'usage des feuilles de noyer.

31. L'eschare est éliminée, il ne reste qu'une plaie simple.

Guérison complète le 20 août.

Obs. DXXXIV. — *Synovite chronique partielle de la gaîne du fléchisseur commun.* — Corrado (Philippe), trente-six ans, ébéniste, entre dans le service le 24 avril pour une affection limitée au médius de la main gauche. Un durillon qu'il portait sur la face palmaire à la base du médius s'enflamma le 7 mars dernier, ce qui donna lieu à un gonflement douloureux de la gaîne du fléchisseur, avec rougeur de la peau de tout le doigt et un peu de la paume de la main. Il s'y forma bientôt un abcès profond qu'on ouvrit.

Aujourd'hui le médius a perdu la plus grande partie de ses mouvements; il est le siége de douleurs très-intenses accompagnées d'un empâtement général sous-cutané. La peau est ridée et comme macérée. A la base et à la face palmaire du médius on trouve une ulcération profonde qui part de la synoviale tendineuse et envahit toute l'épaisseur des parties molles. Cependant l'os semble sain. Cataplasmes, immobilisation. Le malade sort sur sa demande le 2 mai.

Obs. DXXXV. — *Kyste à grains riziformes de la synoviale tendineuse du fléchisseur commun. Évacuation du contenu. Compression ouatée. Guérison.* — Costal (Auguste), concierge, trente-cinq ans, d'une constitution robuste, sans antécédents pathologiques, entre le 12 février 1875 pour une affection de la gaîne synoviale du fléchisseur commun du côté droit. Le début remonte à douze ans. Occupé alors à des travaux pénibles il remarqua le soir, après un surcroît de travail, un gonflement de la face palmaire qui lui empêchait de fermer la main. Ce gonflement atteignit au bout de cinq mois le volume d'un œuf et se limita à l'éminence hypothénar. La jointure était saine, mais le malade obligé de cesser ses tra-

vaux, eut recours à une première opération. On ouvrit la tumeur et au milieu d'un liquide peu abondant sortirent des grains riziformes en grande quantité. On se borna à faire des injections iodées et une compression de quelques jours. Le malade reprit son travail, et quinze mois plus tard la tumeur reparaissait une deuxième fois aussi volumineuse. Même traitement, deuxième ponction. Troisième récidive en janvier 1869. Même traitement; le malade découragé ne s'en occupa plus après qu'elle eut reparu.

La déformation occupe actuellement la moitié externe de la paume de la main et soulève l'éminence hypothénar. Les doigts ont gardé leur volume normal. On peut faire passer le liquide de chaque côté du ligament annulaire du carpe, en provoquant un bruit d'amidon ou un froissement de neige.

20 février. On fait sur le poignet une incision couche par couche sur une longueur de 2 centimètres. On arrive sur le kyste qu'on ouvre largement et il sort un liquide contenant des grains riziformes en grande quantité. On applique immédiatement un appareil ouaté, faisant une compression suffisante et rendu inamovible au moyen d'une bande silicatée. Le malade conserve cet appareil pendant trois semaines sans la moindre douleur, et au bout de ce temps il n'y a plus trace de tumeur. La réunion de la plaie s'est faite par première intention sous l'appareil.

Obs. DXXXVI. — *Kyste à grains riziformes de la gaîne tendineuse du fléchisseur commun. Vésicatoires répétés sans résultat. Incision. Guérison.* — Pochet (Jean-Baptiste), trente ans, garçon de lavoir, entre le 28 janvier pour une tumeur située au poignet de la main droite. C'est un homme fort, bien constitué et qui n'a jamais été malade : pas de rhumatismes, pas de syphilis. Il a continuellement les mains dans l'eau et porte fréquemment de lourds fardeaux.

Il y a sept ans, après quatorze à quinze mois de ce travail, il remarqua que la face antérieure du poignet droit augmentait de volume : les mouvements étaient libres, mais la main avait perdu un peu de sa force. Cette tuméfaction a augmenté sensiblement depuis cette époque et la faiblesse du membre est devenue de plus en plus sensible.

28 janvier. Au moment de son entrée dans le service, le malade présente sur la face palmaire du poignet une tumeur qui entoure le paquet des fléchisseurs. Le ligament antérieur du carpe la partage en deux moitiés. Elle envoie deux prolongements, l'un vers le pouce, l'autre vers le petit doigt et remonte vers l'avant-bras. La fluctuation n'est pas franche. On perçoit un froissement rappelant assez bien celui de la fécule ou de l'amidon en poudre. Elle rend les mouvements de flexion presque nuls, surtout ceux du pouce et du petit doigt. Elle est sensiblement plus grosse du côté

du pouce. Entre les éminences thénar et hypothénar existe une sorte de hernie de la synoviale. Au niveau de l'épicondyle, on remarque un petit ganglion rond, dur, roulant sous le doigt et situé immédiatement sous la peau. On trouve dans le creux de l'aisselle deux ganglions qui ont atteint le volume d'un œuf de pigeon.

2 février. — Vésicatoire. Pas d'amélioration.

5. Deuxième vésicatoire sans plus de résultat. La tumeur semble cependant un peu plus molle. Compression et application continuelle de compresses imbibées d'alcool pur.

26. Même état : troisième vésicatoire. La tumeur reste stationnaire.

28. Compresses d'alcool.

20 mars. Application de teinture d'iode. La tumeur devient plus molle, mais elle s'enflamme et menace de s'ouvrir spontanément. Pour éviter une fistule, on se décide à faire une incision qui permette aux corps étrangers de sortir. Cette incision est pratiquée au-dessous et à côté du point le plus enflammé, afin d'éviter l'amincissement de la peau qui se réunirait difficilement. Il sort un liquide épais, ayant la consistance et la couleur de la gelée de pommes. Au moyen de pressions en tous sens on évacue complétement la poche. La gelée est plus molle que lorsqu'il y a des grains hordéiformes en grande quantité; c'est à peine si nous en constatons quelques-uns. Bandage ouaté compressif. Le bras est maintenu dans une élévation se rapprochant le plus possible de la verticale. La plaie se réunit par première intention.

Le malade sort guéri le 25 avril.

Obs. DXXXVII.— *Kyste à grains riziformes développé dans la synoviale commune et dans la gaîne du fléchisseur propre du pouce. Incision. Appareil compressif. Guérison.* — Chausson (Désiré), vingt et un ans, garçon épicier, fort et vigoureux, sans antécédents pathologiques, entre le 10 mars pour une tumeur du poignet gauche. Le début remontant à dix-huit mois avait été brusque et occasionné par une fatigue excessive : le malade avait roulé des pièces de vin pendant une journée entière.

Au devant de l'articulation radio-carpienne on voit une tumeur du volume d'une orange, réductible et communiquant avec la synoviale du fléchisseur propre du pouce dans laquelle elle se vide par la pression. L'éminence thénar se soulève et la gaîne du long fléchisseur du pouce devient saillante quand on appuie sur la partie située au-dessus du ligament antérieur du carpe. On sent alors distinctement un froissement riziforme. Les doigts sont constamment dans la demi-flexion ; le pouce, l'index et le médius sont engourdis. Il y a un an on fit des applications de teinture d'iode et de vésicatoires sans résultat.

13 mars. On fait une incision qui livre passage, assez difficilement

d'ailleurs, à des grains riziformes dont quelques-uns présentent un volume assez considérable.

Compression ouatée laissée à demeure pendant trente jours. Au bout de ce temps le malade quitte le service et on lui conseille de maintenir pendant quelque temps une nouvelle compression. (Trois semaines après ce malade revient à la consultation; il n'y a plus trace de tumeur.)

Obs. DXXXVIII. — *Kyste à grains riziformes de la gaîne des extenseurs. Ponction. Compression prolongée. Guérison.* — Le nommé Bert..., brocheur, vingt-huit ans, se présente à la clinique du 24 avril, portant au dos de la main droite une tumeur plate, allongée, assez volumineuse pour entraver les mouvements. Au dire du malade, cette grosseur aurait débuté il y a plus d'un an, à la suite d'un effort; demeurée longtemps petite et non douloureuse, elle a augmenté depuis deux mois d'une manière inquiétante. Aujourd'hui elle est ovoïde et présente un grand diamètre de $0^{m},12$ environ (voy. fig. 40). Sa surface est inégale, et comme verruqueuse; elle présente une fluctuation très-nette et une crépitation particulière. On a affaire à un kyste synovial occupant la gaîne commune du paquet des extenseurs, kyste formé de deux poches, dont l'inférieure, plus grande, communique avec la supérieure par un conduit rétréci. Une simple boutonnière pratiquée à chaque extrémité de la tumeur au moyen d'un bistouri étroit, pointu, permet l'écoulement d'une quantité notable d'un liquide gélatineux; une pression énergique fait sortir en outre un grand nombre de grains riziformes dont les plus gros atteignent le volume d'un haricot.

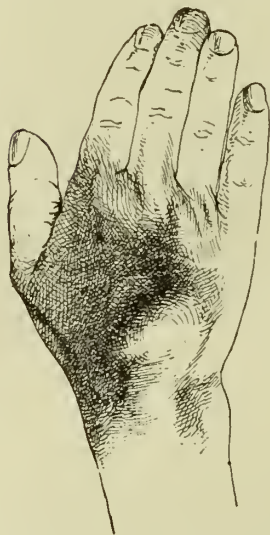


Fig. 40 — Kyste à grains riziformes de la gaîne des extenseurs. (*De notre collection.*)

Après l'opération on applique un bandage destiné à exercer une compression prolongée et à maintenir en contact les parois opposées de la cavité. Le succès obtenu par cette méthode est complet; en effet, lorsqu'on enlève l'appareil après une quinzaine de jours, deux petites cicatrices linéaires indiquent seules les limites de la tumeur, et ce n'est qu'au niveau de la plus grande poche qu'il subsiste une saillie à peine appréciable.

Obs. DXXXIX. — *Corps étranger resté trois ans sous l'aponévrose de*

la face antérieure du poignet. — Pichard (Claude), entre le 27 mars 1874 pour une tumeur très-circonscrite située au milieu de la face antérieure du poignet, au-dessus du pli, sous l'aponévrose. Elle est arrondie, d'une consistance un peu plus dure que celle des kystes que l'on trouve fréquemment dans cette région. De la grosseur d'une aveline, elle ne se déplace que très-peu, n'adhère ni à la peau, ni aux parties profondes, est très-douloureuse à la pression, et les douleurs s'irradient dans le pouce seulement et non dans les trois doigts du voisinage comme cela arriverait pour une tumeur intéressant le nerf médian.

Cette tumeur, apparue il y a deux mois environ, n'est devenue sensible qu'il y a trois semaines. Il y a trois ans le malade est tombé sur une bouteille de verre qui en se brisant lui a fait une coupure profonde à l'éminence hypothénar ; un fragment de verre fut retiré plus d'un an après cet accident. Bien que la tumeur soit loin de la cicatrice de la blessure, il n'est pas impossible qu'un fragment de verre ait cheminé jusque-là.

On pratique une incision longitudinale intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, et on tombe immédiatement sur un fragment de verre que l'on extrait.

Guérison de la plaie au bout de huit jours.

E. — Main.

Obs. DXL. — *Congélation de toute la main droite. Ichthyose généralisée. Tumeur blanche du coude gauche. Pleurésie double. Mort.* — Boussard (Honorine), quarante-huit ans, célibataire, entre le 19 février 1875. Réglée à 15 ans régulièrement, et ayant cessé de l'être à 45. Cette malade, née d'un père alcoolique, était chétive, maigre, fortement scrofuleuse et affectée depuis l'âge de 23 ans d'une ichthyose généralisée. Tumeur blanche du coude depuis six mois. Au mois de janvier elle eut la main gauche congelée pendant une nuit, et dès le lendemain la sensibilité ainsi que le mouvement avaient disparu ; quinze jours après de larges et profondes eschares occupaient les deux faces de la main jusqu'à l'articulation radio-carpienne : une suppuration abondante s'établit bientôt et fut suivie de l'élimination des parties molles.

20 février. La malade présentait l'état suivant : squelette de la main gauche complétement dénudé et tel qu'on pourrait l'obtenir par la macération. Toutes les parties molles sont éliminées jusqu'aux métacarpiens ; il reste seulement quelques tendons extenseurs profondément altérés et exfoliés.

Autour de l'articulation du coude du côté opposé existent de véritables champignons fongueux bourgeonnants. L'état général, profondément

atteint par cette double suppuration, est extrêmement mauvais. Tout le corps de la malade est le siége d'une desquamation continuelle produite par la chute de larges écailles d'ichthyoses nacrées, brillantes et qui donnent à la peau une sensation toute spéciale.

On se contente de réséquer les tendons avec une pince à dissection et des ciseaux. Les os du carpe sont enlevés de même avec les ciseaux. Les vaisseaux ne donnent pas de sang, probablement à cause de caillots anciens qui les oblitérent.

Le pansement consiste dans l'application de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

4 avril. La plaie est presque cicatrisée, lorsque la malade présente des symptômes d'un épanchement pleurétique. On la fait passer en médecine, où elle meurt dans la soirée d'une pleurésie double.

Obs. DXLI. — *Congélation des extrémités des doigts. Guérison au bout de trois semaines.* — René (Ernest), trente-quatre ans, charretier, entre le 4 janvier 1875. Cet homme a travaillé longtemps exposé au froid sur le bord de la Seine pendant une forte gelée.

A son entrée il est dans l'état suivant :

Main droite : Les extrémités du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire présentent une tuméfaction en massue. L'épiderme de la face palmaire de la dernière phalange est soulevé, présente une teinte livide et violacée; l'index est indemne; on constate seulement une petite rougeur très-apparente sur la partie médiane de la dernière phalange (face palmaire).

Main gauche : Les lésions sont moins profondes et moins étendues. Les quatre doigts présentent à leur extrémité libre un soulèvement épidermique qui a pris une teinte grisâtre. Cette plaque est plus étendue sur l'annulaire et l'index; elle est bien plus circonscrite sur le médius et le petit doigt. Autour de ces soulèvements existe un cercle étroit, mais très-rosé, qui les enveloppe complétement et dont la largeur ne dépasse pas 3 millimètres. Sous les ongles, assez près de leur bord libre, existe un segment circulaire, dont la couleur rougeâtre tranche avec celle de la peau qui entoure les ongles.

Cataplasmes. Au bout de quatre jours chute de l'épiderme des doigts congelés de la main droite; l'épiderme des doigts de la main gauche tombe ensuite; les petites ulcérations qui existaient à la suite de la chute de l'épiderme furent guéries au bout de trois semaines.

Obs. DXLII. — *Phlegmon de la paume de la main. Incision. Guérison.* — Cordier (Joséphine), trente-six ans, cuisinière, entre le 6 octobre 1874.

A depuis quinze jours un abcès de la paume de la main gauche formé

spontanément. Il a été ouvert après quelques jours par un médecin de la ville.

Pendant une dizaine de jours elle a complétement perdu le sommeil et l'appétit. La main, les doigts et l'avant-bras étaient tuméfiés et douloureux. Aujourd'hui, la main est le siége d'élancements très-pénibles. On fait une incision qui donne issue à un pus assez abondant, bien lié, réuni en foyer au-dessous de l'aponévrose palmaire.

7 octobre. — Soulagement marqué. A bien dormi cette nuit.

9. Va très-bien. Suppuration très-légère. Les mouvements de la main sont faciles. Quitte le service. L'état général est excellent.

Obs. DXLIII. — *Onyxis du pouce droit.* — Grosperrin (Narcisse), vingt-quatre ans, garçon boucher, entre le 24 avril 1874 pour un onyxis du pouce de la main droite. Ce malade est vigoureux et habituellement bien portant. Il s'est piqué, dit-il, avec un os, il y a trois mois, et à partir de ce moment l'ongle est devenu mou. Il est tombé par parcelles, soulevé par des bourgeons charnus nombreux surtout sous le bord interne.

Cet ongle est noir, dégénéré, recouvert en partie par des croûtes noirâtres. C'est un onyxis spécifique; en effet, le malade a eu la syphilis il y a deux ans. Il porte à la face antérieure du poignet droit, à la partie supérieure et externe du bras gauche, et au-dessous des genoux des pustules d'ecthyma syphilitique. Iodure de potassium (3 gr. par jour). Le malade sort sur sa demande le 26 avril, et continue chez lui son traitement.

Obs. DXLIV. — *Onyxis syphilitique des deux pouces. Guérison.* — Chardiny (Léon), vingt-cinq ans, ébéniste, entre le 5 juin 1874.

Cet homme présente des ulcérations dont le début remonte à deux mois et qui siégent à l'extrémité dorsale des deux pouces. Elles ont été précédées par une tuméfaction de toute l'extrémité libre de l'ongle. La peau avait pris une teinte violacée avant de s'ulcérer. A un suintement de pus séreux qui se faisait entre l'ongle et la peau a succédé une suppuration jaunâtre, un peu fétide. L'ongle s'est détaché de la peau, s'est aminci, a pris une coloration jaune terne, et le malade l'a coupé à mesure que l'ulcération faisait des progrès. L'extrémité des deux pouces est un peu déchiquetée. L'ulcération est peu profonde depuis douze jours et laisse suinter de la sérosité sanguinolente.

Peu de temps avant la guerre le malade avait contracté un chancre induré du gland, pour lequel il avait suivi un traitement antisyphilitique (Sp. Gibert. B. sulfureux. Iod. de potassium). Il avait renoncé à tout traitement depuis un an quand sont apparus ces accidents. Iodure de potassium. (3 gr. par jour.)

21 juin. — L'ulcération reste stationnaire; la sécrétion du pus s'est ralentie.

27. La cicatrisation de l'ulcère se fait des bords au centre. L'extrémité des pouces reste un peu déformée.

10 août. — Les ongles poussant verticalement, on les enlève avec leur matrice le 13 août. Pansement avec la poudre d'iodoforme.

29. Le malade part pour Vincennes. La cicatrisation est complète.

§ V

MEMBRE INFÉRIEUR.

48 observations. — Les fractures, les luxations, les plaies, etc., n'étant pas comprises dans ce nombre, les faits qui nous restent à décrire doivent être ainsi classés suivant les régions :

Pour la région	inguinale	8
—	fessière	3
—	de la cuisse	3
—	du genou	2
—	du creux poplité	4
—	de la jambe	3
—	du cou-de-pied	2
—	du pied	23

Parmi les affections de l'aîne nous trouvons deux adénites aiguës : l'une développée sans cause connue chez un scrofuleux, l'autre consécutive à des engelures du pied ; un abcès froid idiopathique guéri par la ponction et le drainage.

Dans la même région on a trouvé trois fois des trajets fistuleux, dont deux consécutifs à des abcès de la fosse iliaque et du bassin ; un abcès par congestion siégeant au niveau du pli de l'aîne et accompagné d'une autre tumeur de même nature dans la région fessière ; tous deux avaient pour origine un mal de Pott sacro-lombaire. Signalons encore un lymphadénome des ganglions inguino-cruraux extirpé et guéri.

La région fessière a été le siége d'un abcès froid primitif ouvert spontanément, d'un molluscum et d'un fibro-sarcome. Cette dernière tumeur, située au bord du muscle grand-fessier, avait le volume d'une grosse orange. Elle fut enlevée, et l'on

put constater aussitôt qu'elle fut mise à nu qu'elle était creusée d'une vaste cavité kystique renfermant un pus jaunâtre et gélatineux. Après l'évacuation du contenu de cette cavité on énucléa soigneusement la coque, et l'examen microscopique démontra que l'on avait eu affaire à un sarcome en pleine dégénérescence granulo-graisseuse (obs. DLVIII).

La plaie guérit sans difficulté et la tumeur n'a pas récidivé.

Nous trouvons dans les différentes régions de la cuisse :

1° Un phlegmon circonscrit suivi d'un décollement peu étendu de la peau; il guérit par le drainage et le pansement à l'eau alcoolisée.

2° Un épanchement séro-purulent qui, si l'on s'en rapporte aux renseignements fournis par la malade, aurait débuté un an au moins avant son entrée dans le service, à la suite d'une violente contusion de la cuisse.

3° En dernier lieu, un lipome volumineux de la racine du membre, enlevé sans difficulté.

Nous avons rangé dans la région du genou :

1° Un cas de vice de conformation congénital des deux membres inférieurs, que l'on désigne ordinairement sous le nom de genoux en dedans. Le redressement forcé préconisé par Delore dans ces difformités fut pratiqué d'après les principes posés par ce chirurgien et ne donna pas le résultat attendu (voy. obs. DLIX).

2° Une rupture partielle du tendon rotulien produite par un coup de pied de cheval. Le malade, au moment de sa sortie, pouvait se servir de la jambe blessée. (La jambe avait été immobilisée dans une gouttière métallique, puis dans un appareil silicaté.) (Voy. obs. DLX).

Les quatre maladies du creux poplité furent un abcès froid et trois kystes.

L'abcès ne présenta rien de particulier; un des kystes ne produisant que des accidents insignifiants, on ne fit aucune opération. On se contenta de prescrire au malade du repos, des vésicatoires et des applications de teinture d'iode (voy. obs. DLXII).

Le second fut enlevé, et le malade guérit complétement malgré une violente arthrite suppurée du genou (obs. DLXIII).

Cette complication fut traitée par l'élévation du membre et le drainage. Le malade quitta l'hôpital sur la demande de sa famille, et malgré nos observations. Néanmoins le traitement que nous avions employé jusqu'alors fut continué à domicile avec une exactitude digne d'éloges. La guérison survint sans nouvelles complications.

La mort survint à l'extirpation du troisième.

Les trois observations relatives à la jambe ne présentent qu'un intérêt relatif; il s'agit d'un phlegmon circonscrit et d'une tarsalgie.

Au cou-de-pied nous avons eu un abcès circonscrit et un kyste tendineux guéri par la ponction sous-cutanée.

Les nombreuses affections du pied sont presque toutes très-intéressantes. Ainsi nous trouvons un pied bot varus équin consécutif à une fracture comminutive du fémur (obs. DLXX).

A la suite d'un séjour trop long du membre dans un appareil inamovible, le même malade avait eu une ankylose du genou de ce côté, et la difformité du pied donnait lieu pendant la marche à une ulcération qui n'avait point de tendance à se cicatriser, et qu'on aurait pu prendre pour un mal perforant si le repos au lit n'avait pas guéri très-rapidement la maladie.

Une brûlure superficielle de la face dorsale du pied fut suivie d'un tétanos mortel (voy. obs. DLXXI).

Enfin, trois phlegmons de la face dorsale guérirent sans accidents. Il en fut de même de trois petits abcès plantaires bien circonscrits.

Nous pûmes constater une carie du calcanéum chez un malade entré dans le service pour un trajet fistuleux de la région plantaire. Nous pratiquâmes l'évidement de l'os, et le malade guérit (voy. obs. DLXXVIII).

Deux cancroïdes du talon furent enlevés. Dans un cas le malade succomba à l'infection purulente épidémique ; dans l'autre la tumeur récidiva après une première ablation. On l'enleva une seconde fois, en réséquant une partie du calcanéum. Aujour-

d'hui (un an après la dernière opération) on n'a pas constaté de nouvelle récidive.

La plus grande partie des ulcérations plantaires désignées aujourd'hui sous le nom de maux perforants, que nous avons eu à enregistrer, étaient consécutives à des troubles de nutrition dont la cause était visible; ainsi l'une d'elles se présentait chez un ataxique qui avait en même temps une hydarthrose avec corps étrangers de l'articulation du genou [peut-être était-ce là une de ces affections articulaires que M. Charcot a récemment classées sous le nom d'arthropathies des ataxiques (voy. obs. DLXXXI)].

Chez un autre malade, le mal perforant était expliqué par un trouble de nutrition consécutif à une compression des vaisseaux tibiaux postérieurs. Il y avait en même temps une déformation notable de l'articulation tibio-tarsienne et une carie fort étendue du calcanéum. Tous ces accidents étaient apparus à la suite d'une fracture par diastase du péroné. Le calcanéum était trop profondément atteint pour qu'on pût songer à conserver le pied. Nous fîmes l'amputation de la jambe au tiers inférieur et la guérison survint sans accident. (Obs. DLXXXII.)

Enfin, des trois autres ulcères perforants dont les observations viennent ensuite, un fut rencontré chez un malade qui avait une ancienne fracture de jambe consolidée avec un cal exubérant, et les deux autres sans causes connues.

Un trouble de nutrition du gros orteil (vice de conformation de l'ongle) sans ulcération fut observé chez un ataxique.

Les six autres observations, comprenant trois phlegmons et trois onyxis ne renferment rien de particulier.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les opérations de quelque importance pratiquées sur le membre inférieur, nous trouverons : 1° cinq ablations de tumeurs volumineuses, dont trois suivies de guérison sans complication (lymphadénome de l'aine, fibro-sarcome de la fesse, épithélioma du talon, lipome de la racine de la cuisse), une suivie d'une arthrite purulente du genou et guérie malgré cela; une suivie de mort.

2° Un évidement de calcanéum pour une carie de cet os; opération suivie d'un succès complet.

3° Enfin, une amputation de la jambe au tiers inférieur également suivie de guérison.

Les trois onyxis furent traités d'une façon différente.

Dans deux cas on fit l'ablation partielle ou totale de l'ongle avec le bistouri, et dans un autre l'avulsion de l'ongle avec la pince. Il n'y eut d'accidents dans aucun cas.

A. — Région inguinale.

Obs. DXLV. — *Adénite inguinale. Drainage. Guérison.* — Humbert (Xavier), vingt-sept ans, mécanicien, entré le 5 mars 1875.

Ce malade, qui est scrofuleux, présente dans la région inguinale droite une tumeur enflammée molle et fluctuante de la grosseur d'un marron, et à grand axe vertical. On trouve dans le voisinage d'autres ganglions très-développés, mais qui ne participent pas à l'inflammation.

Rien du côté des organes génitaux, ni du côté du pied ou de la jambe.

Passage d'un drain. Il s'écoule une cuillerée de pus de bonne nature. Lavages à l'eau alcoolisée. Guérison presque complète au bout de quatre jours.

Obs. DXLVI. — *Adénite inguinale et lymphangite de la cuisse consécutives à des engelures du pied. Guérison.* — Petit (Élisa), seize ans, couturière, entre le lundi 16 mars 1874.

Scrofuleuse (cicatrices ganglionnaires sur le cou, manifestations du côté du cuir chevelu pendant l'enfance). Elle avait eu il y a deux mois des engelures à la base du gros orteil et sur la face dorsale du pied gauche, tout près de l'articulation. Elle avait néanmoins continué de beaucoup marcher; le pied s'était tuméfié, et il s'était formé çà et là de petites ampoules qu'elle ouvrit avec une aiguille. Cette malade dut alors se mettre au lit, et y rester huit jours; c'est pendant ce temps qu'elle vit survenir du gonflement au-dessus du creux poplité, en même temps que les ganglions inguinaux s'enflammaient. La tuméfaction du pied a disparu pendant ces huit jours de repos, mais l'adénite a continué de progresser. Purgation et huit sangsues au-dessus du creux poplité sans aucun soulagement.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on trouve au pli de l'aine une tumeur à grand axe vertical, fluctuante, mobile, indolente, de la grosseur d'une noix. La peau est chaude et rouge. Au-dessus du creux poplité on

constate une induration très-douloureuse à la pression, qui a sa base un peu au-dessus de l'interligne articulaire et qui se perd en haut dans les tissus voisins.

On incise la tumeur inguinale, qui laisse sortir du sang mélangé de pus. Cataplasmes; sangsues.

18 mars. — La tumeur qui siége à la partie postérieure et inférieure de la cuisse est également incisée.

19. La malade se sent mieux, la suppuration se fait abondamment.

23. La malade sort complétement guérie.

Obs. DXLVII. — *Abcès froid du pli de l'aine. Ponction. Nouvel abcès au bout de trois semaines. Drainage. Guérison.* — Leveize (Bienaimé), dix-neuf ans, entré le 8 août, portant au pli de l'aine gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. A ressenti il y a un an, dans la jambe du même côté, une espèce d'engourdissement qui a toujours duré depuis lors.

Il y a trois mois, il a remarqué au pli de l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf qui n'a pas tardé à s'accroître et à atteindre le volume qu'elle présente aujourd'hui. Pas de douleurs locales ni de voisinage.

La tumeur est fluctuante; elle déforme le pli inguinal gauche et s'étend obliquement suivant le trajet de ce pli. La peau a conservé sa couleur et sa température normales. Pas de douleurs dans l'articulation, ni de gêne dans ses mouvements. Pas de mouvements d'expansion ou de dilatation de la tumeur; pas de bruit de souffle, ni de battements; pas d'affection des os du voisinage.

La colonne vertébrale, la crête iliaque, l'éminence ilio-pectinée, le grand trochanter paraissent sains. Dans la fosse iliaque l'exploration la plus minutieuse ne montre aucun prolongement de la tumeur vers le psoas. Pas de troubles digestifs.

22 août. Le malade ayant été endormi, on pratique une ponction sous-cutanée. Il s'écoule immédiatement par la canule un demi-litre environ de pus épais, bien lié, mélangé de grumeaux. Il sort en même temps par la canule quelques bulles de gaz. La poche vidée, on applique sur l'ouverture un petit carré de diachylon, et on fait une compression avec de la ouate et quelques tours de bande. Traitement général reconstituant.

Au bout de trois semaines, la tumeur ayant repris son premier volume, on passe un drain, puis on fait chaque matin des injections iodées. Il s'établit une réaction inflammatoire franche; la suppuration diminue.

25 octobre. — Le malade sort sur sa demande. Il ne reste plus qu'un trajet insignifiant donnant à peine quelques gouttes de pus.

Obs. DXLVIII. — *Trajet fistuleux à la région inguinale droite. Drainage. Amélioration.* — Letailleur, dix-neuf ans, entré le 31 décembre 1873, avec un trajet fistuleux situé à la région iliaque droite. Ce malade est fortement constitué, mais il a présenté dans son enfance quelques manifestations scrofuleuses.

Il y a un an il sentit, au-dessus du pli de l'aine droite, une tumeur du volume d'une noisette, ne roulant pas sous le doigt, et qui était le siége de douleurs lancinantes spontanées ; la peau avait sa couleur normale.

En trois mois, la tumeur atteignit le volume du poing et commença à devenir gênante pendant la marche. Elle occupait toute la région inguinale droite. Il y a un mois, le malade eut quelques frissons; la tumeur s'ouvrit spontanément et il sortit une grande quantité de pus fétide.

A son entrée le malade présente, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes du pli de l'aine droite, un trajet fistuleux qui donne issue à un liquide séro-purulent. De l'empâtement occupe toute la région inguinale et remonte vers la fosse iliaque. La percussion donne une matité très-limitée qui paraît due seulement à l'épaississement des parois abdominales en cet endroit. Avec le stylet on constate un large décollement de la peau au pourtour de l'orifice; on arrive vers la fosse iliaque à une profondeur de 7 à 8 centimètres. Pas de troubles fonctionnels qui puissent faire croire à un abcès consécutif à une pérityphlite. Le malade digère bien et va régulièrement à la selle. Rien du côté de la colonne vertébrale et de l'articulation sacro-iliaque.

Ce malade présente en outre, sur la face dorsale de la main gauche, un abcès froid primitif.

5 janvier 1874. On débride le trajet fistuleux et on place un drain qui pénètre jusque dans la fosse iliaque. Évacuation du foyer purulent de la main. Iodure de potassium, fer et quinquina à l'intérieur.

10 février. La suppuration est restée la même; pus de bonne nature. Le malade s'affaiblit.

16. On fait des injections iodées par le drain, puis on le retire.

20. État général meilleur. Le pus de l'abcès de la main ne s'est pas reproduit.

4 mars. La suppuration étant beaucoup diminuée et l'état général devenu satisfaisant, le malade part pour Vincennes.

Obs. DXLIX. — *Trajets fistuleux multiples aux deux aines, par suite de l'ouverture d'abcès des deux fosses iliaques.* — Juéry (Eugène), quarante-trois ans, entre le 22 juillet 1874. Amaigri, chétif, épuisé par une suppuration qui date de trois ans. A cette époque il aurait eu un abcès dans l'aine, ou plutôt dans la fosse iliaque droite. Cet abcès s'ouvrit au

bout d'un mois et suppura pendant trois. Le malade entra alors dans le service de M. Cruveilhier, qui lui passa un tube à drainage et fit de fréquents lavages.

Au bout d'un an, un nouvel abcès se forma dans la fosse iliaque gauche et s'ouvrit spontanément par plusieurs fistules qui sécrètent encore du pus. D'autres fistules se formèrent à la suite d'abcès du scrotum.

Le malade présente maintenant six fistules au niveau de l'aine et quatre au scrotum ; toutes donnent continuellement un liquide séro-purulent. La peau du voisinage est rétractée et violette. Le scrotum est criblé de ces trajets, qui semblent intéresser les tissus profonds. Les testicules présentent des indurations au niveau des fistules.

Le malade est soumis à un traitement général, et le 1er août il quitte le service, un peu amélioré.

Obs. DL. — *Trajet fistuleux de l'aîne consécutif à un ancien abcès du petit bassin.* — Valet (Louise), vingt-sept ans, lingère, entre le 10 mars 1875.

Réglée à seize ans ; jamais de troubles menstruels, une seule grossesse normale il y a six ans ; péritonite à la suite de l'accouchement. Elle remarqua, aussitôt après, une tumeur de la grosseur d'une noisette au-dessus du pli de l'aine gauche. Elle était molle, réductible à la pression, roulait sous la peau. Cette tumeur grossit progressivement et s'ouvrit spontanément au bout de six mois.

Au milieu du pli de l'aine gauche on trouve une fistule qui laisse s'écouler du pus et même des matières fécales. La malade rend un peu de pus dans les selles. Toute la fosse iliaque gauche est empâtée profondément, mais on ne sent pas de tumeur bien circonscrite. Les mouvements de la cuisse correspondante sont libres. La colonne vertébrale ne présente aucun endroit douloureux ou suspect. Une sonde introduite par la fistule pénètre à une profondeur de 7 centimètres et se dirige obliquement en haut et en dedans dans le petit bassin. La suppuration est modérée.

Injections à l'eau alcoolisée. Traitement général reconstituant, quitte le 15 mars, sur sa demande, sans amélioration notable.

Obs. DLI. — *Mal de Pott sacro-lombaire. Abcès par congestion du pli de l'aine et de la région fessière.* — Noé (Marie), vingt-sept ans, entre le 31 avril 1875.

Réglée à onze ans ; l'a toujours été régulièrement. Une seule grossesse il y a deux ans, terminée au bout de cinq semaines par un avortement. Jamais d'autres maladies. Il y a seize mois, elle a vu survenir sans cause appréciable une grosse tumeur au pli de l'aine. La flexion de la jambe droite sur le bassin est devenue impossible, puis est survenue la tumeur de la région fessière. A son entrée, on trouve que la tumeur du pli

de l'aine s'étend jusqu'à deux travers de doigt en avant et au-dessous de la crête iliaque droite. Pas de fluctuation. Peau fraîche. Une autre tumeur occupe la région fessière du même côté. Douleurs de la cuisse et du genou, flexion permanente du membre correspondant. Gibbosité au niveau de la dernière vertèbre lombaire.

15 avril. — Ponction sous-cutanée des deux abcès. On obtient un demi-litre de pus verdâtre. On recouvre la piqûre de taffetas collodionné.

Traitement général reconstituant. La malade sort le 24 avril. Son état général s'est amélioré. Il ne s'est pas fait de nouveaux abcès.

Obs. DLII. — *Lymphadénome des ganglions inguino-cruraux. Extirpation de la tumeur. Guérison.* — Benoît (Ambroise), galochier, quarante ans, entre le 30 mars 1874. N'a jamais contracté de maladies vénériennes. Il a eu quatre enfants dont un est mort à seize ans d'une coxalgie.

A partir de vingt-trois ans, il eut successivement plusieurs ulcères variqueux qui occupèrent différents points de cette même jambe. On plaça sur le bras un cautère, qui existe encore. La jambe est recouverte par une peau très-fine, au-dessous de laquelle on aperçoit un réseau vasculaire très-riche, et dont les veines sont dilatées.

Il y a trois mois, il a vu apparaître une tumeur grosse comme une noisette, ayant son siége immédiatement au-dessus du pli de l'aine, sur la région antérieure de la cuisse, et qui a grossi très-rapidement. Un peu au-dessus de cette tumeur, s'en trouve une seconde plus petite, dont l'accroissement a été plus lent. Ces deux tumeurs sont toujours restées indolentes ; et aujourd'hui elles ne causent de la gêne que par leur volume.

Elles sont assez superficielles pour qu'on en puisse aisément déterminer le siége. La moins volumineuse a la grosseur d'une amande, elle est située immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, qui a conservé sa forme et sa direction, et s'étend en dedans jusqu'à un demi-centimètre de l'épine du pubis. L'autre, grosse comme une pomme, siége au-dessous de la précédente, dont elle est indépendante et séparée par un petit sillon. La peau est restée mobile et n'a point perdu ses caractères normaux. Ces tumeurs sont peu mobiles sur le fascia crebriformis. Il est difficile de déterminer leurs rapports avec le nerf et les vaisseaux cruraux ; leur consistance est celle d'un fibrome ou d'un sarcome. Elles ressemblent à des ganglions simplement hypertrophiés sans transformation caséeuse.

Les ganglions du côté opposé sont sains, ceux de l'aisselle également. La fosse iliaque ne contient aucune tumeur.

On soumet pendant dix jours le malade à un traitement par l'iodure

de potassium à haute dose, sans obtenir la moindre diminution du volume de la tumeur. Comme elle présente un certain nombre de caractères qui font songer au lymphosarcome, on se décide à l'enlever pendant qu'elle n'a qu'un faible volume.

11 avril. Incision antérieure pour mettre en même temps les deux tumeurs à découvert, puis énucléation en suivant la gaîne qui entoure la tumeur pour rendre l'ablation plus aisée. On rencontre l'artère honteuse externe, sur laquelle on pose une pince hémostatique.

La tumeur, d'un blanc jaunâtre, enveloppée par une trame fibreuse peu importante, présente à la coupe l'aspect du sarcome myéloïde.

L'examen microscopique montre que c'est un lymphadénome pur. (M. Ranvier.)

12. A dormi à plusieurs reprises pendant l'après-midi, un peu de fièvre la nuit. P = 85.

13. A éprouvé cette nuit plusieurs petits frissons. A perdu l'appétit ; la langue est blanche, et rouge à la pointe. La peau est fraîche. — Pas de douleurs dans la plaie. P = 90.

14. La suppuration s'est établie ; la plaie est belle. A eu quelques frissons dans la soirée, mais rien dans la nuit. Dort peu et mange peu. P = 110.

15. A eu la fièvre cette nuit, mais sans frisson ; ce matin le malade se sent mieux. P = 110.

17. A la fièvre tous les soirs de 3 à 7 heures ; la nuit a été bonne. Appétit meilleur. La plaie va très-bien. P = 80.

20. La fièvre a disparu ; le malade reprend des forces, mange de bon appétit, et n'attend plus que la cicatrisation complète pour sortir.

23. L'état général est excellent, la cicatrisation est rapide.

Guérison complète le 23 mai.

B. — Région fessière.

Obs. DLIII. — *Abcès froid de la fesse. Ouverture spontanée. Guérison.* — Dumoulin (aîné), quinze ans, passementier, entre le 3 avril 1874. Il a le teint décoloré, les traits effilés, maigres, tout chez lui indique un état de fatigue.

Il a reçu, vers l'âge de huit ans, un coup de pied sur la fesse droite, et depuis lors il aurait eu souvent des douleurs dans la région.

A douze ans, à la suite d'une grande fatigue, ces douleurs devinrent plus vives. Intermittentes d'abord, elles devinrent promptement continuelles et se firent sentir surtout la nuit. Après trois ou quatre jours la marche devint impossible. Le malade ne pouvait même plus remuer dans

son lit. La jambe se fléchit presque à angle droit sur la cuisse. Cet enfant resta pendant un mois dans cet état. Il fut alors admis à Sainte-Eugénie, et on le plaça dans un appareil silicaté; mais il se forma un vaste abcès, et il fallut ôter l'appareil. On voit en effet, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de la cuisse, à la partie antérieure, une cicatrice longitudinale résultant de l'incision faite pour ouvrir cet abcès. La suppuration a duré six mois. Il est ensuite resté pendant quatorze mois dans un appareil sur lequel il ne peut donner aucune indication précise.

Envoyé en convalescence à Berck-sur-Mer, il a vu la guérison se compléter et n'a conservé qu'un peu de claudication. Il s'est assez bien porté pendant un an.

Il y a quinze jours, est apparue une nouvelle tumeur du volume d'une noisette, qui a bientôt occupé les deux tiers internes de la région fessière droite. Pendant ce temps le malade a ressenti seulement quelques élancements; mais il a perdu l'appétit dès les premiers jours. On a mis des cataplasmes, et l'abcès s'est ouvert le 2 avril.

4 avril. A la région sacrée et supérieure existent deux ulcérations de 1 centimètre et demi de diamètre, séparées l'une de l'autre par une mince étendue de peau. Le fond offre une teinte grisâtre, leurs bords sont évasés. A leur pourtour la peau est décollée dans une étendue de 2 à 3 centimètres, et la pression détermine un écoulement de pus assez abondant. La tuméfaction siége surtout à droite, occupe les deux tiers internes de la région fessière, s'étend à la région sacrée dont elle déborde à gauche la ligne médiane, et va se perdant peu à peu dans les tissus voisins jusqu'à l'épine iliaque postérieure et supérieure. La saillie produite par cette tuméfaction est appréciable à la vue : l'induration est très-prononcée, et la peau adhérente aux tissus sous-jacents a conservé sa coloration normale, sauf autour des ulcères où elle est violette et amincie. Le malade ne souffre pas.

Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés, mais les mouvements d'adduction et d'abduction sont très-douloureux.

Cette nuit il s'est formé deux nouveaux orifices qui ont donné passage à un pus fétide et abondant. P = 90.

5 avril. Le malade est mieux, pas de fièvre; l'appétit et le sommeil sont revenus. L'écoulement purulent se fait bien, les deux ouvertures cutanées se sont élargies.

7. Même état, seulement les deux ulcérations se sont accrues et mesurent l'une 1 centimètre, l'autre 1 centimètre et demi de diamètre.

11. La suppuration est toujours aussi abondante; il semble cependant que les tissus indurés ont diminué de volume; la tuméfaction se resserre vers la partie interne de la cuisse.

17. La suppuration est moindre ; le malade va bien. Il a commencé à marcher il y a trois jours, et n'a pas trop souffert.

22. La tuméfaction a visiblement diminué ; l'appétit est meilleur.

30. La suppuration se tarit, le petit malade reprend ses forces ; il se lève et marche.

12 mai. L'abcès est guéri ; il reste à peine un peu d'empâtement et de dureté. Le malade demande à sortir.

Obs. DLIV. — *Molluscum du pli de la fesse. Ablation. Guérison.* — Échirard (Pierre), vingt-cinq ans, homme fort et vigoureux, entre le 12 octobre. Il y a dix-huit mois, ce malade remarqua pour la première fois, un peu au-dessous du niveau du pli de la fesse, du côté droit, une tumeur de la grosseur d'une lentille. C'était un petit molluscum qui avait la forme d'une figue et qui grossit rapidement. Comme il le gêne dans la marche et surtout dans la position assise, il demande qu'on l'en débarrasse.

17 octobre. On fait l'ablation à l'aide d'un seul coup de bistouri. On enlève même un petit lambeau de partie saine à la base pour éviter une cicatrice défectueuse, puis on fait un seul point de suture.

La coupe de la tumeur donne un tissu fibreux blanc et lisse comme l'intérieur d'une noisette. L'examen histologique montre que c'est un fibrome.

On applique un pansement simple sur la plaie. Au bout de quatre jours le point de suture est ôté sans que le malade ressente de l'opération aucun accident fâcheux.

19 novembre. La plaie étant complétement cicatrisée, le malade sort.

Obs. DLV. — *Fibro-sarcome kystique du pli de la fesse. Ablation. Guérison.* — Liabbé (Justine), cinquante-six ans, journalière, entre le 15 mai 1874. Réglée à quinze ans ; a cessé de l'être à cinquante-deux ; n'a jamais eu de maladie d'aucune nature.

Elle ressentit pour la première fois, il y a un an environ, des douleurs dans les mouvements d'adduction de la cuisse droite. Depuis deux mois, une douleur assez vive s'est fait sentir au niveau du pli fessier. La malade remarqua, à la même époque, la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant au niveau du point douloureux. Cette tumeur a grossi rapidement et est arrivée depuis lors à son volume actuel.

Aujourd'hui elle est à peu près de la taille d'une grosse orange, et occupe le milieu du bord inférieur du muscle grand fessier. La peau, sans être complétement mobile, ne paraît pas étroitement adhérente à sa surface : elle a conservé ses caractères ordinaires. Lorsque la malade est dans le décubitus latéral gauche et que les muscles fessiers sont

dans le relâchement, on peut constater sans peine que la tumeur est entièrement immobile sur les parties profondes. Elle est le siége de douleurs spontanées très-vives qui ne s'irradient pas sur le trajet du nerf sciatique, et sont peu exagérées par la pression et les mouvements du membre. Au toucher, la tumeur est rénitente et présente la consistance des fibro-lipomes. Elle n'est le siége d'aucun battement et n'est pas réductible.

16 mai. On procède à l'ablation. Double incision en fuseau, de telle façon que toute la peau adhérant à la tumeur soit enlevée avec elle. Pendant l'opération on constate que la tumeur est recouverte en partie par des fibres musculaires étalées à sa surface et qu'elle envoie des prolongements au-dessous du grand fessier. Au moment où elle est détachée des aponévroses et des couches musculaires qui l'emprisonnent, on reconnaît qu'elle est kystique et fluctuante. On pratique une ponction avant d'achever l'ablation. Il sort un pus jaunâtre, gélatineux. On continue l'ablation de la portion kystique, qui envoie un prolongement très-profond, et on voit qu'elle adhère étroitement aux muscles qui s'insèrent à l'ischion, mais qu'elle n'arrive pas jusqu'à l'os.

La poche, de 45 millimètres de diamètre, est d'aspect fibreux. A la coupe, les parois ont 1 millimètre d'épaisseur et se continuent avec un tissu interlobaire circonscrivant plusieurs loges. Au-dessous de l'enveloppe extérieure, on trouve une couche mince, brunâtre, légèrement transparente. Le reste de la tumeur est d'un blanc jaunâtre. Par le raclage il ne sort pas de suc, mais on obtient de petits filaments irréguliers.

Examen micoscopique :

1° Enveloppe formée par une coque fibreuse avec quelques nids sarcomateux à grosses cellules ;

2° Couche sarcomateuse formée en grande partie de petites cellules à un ou plusieurs noyaux ;

3° Masse granulo-graisseuse dans laquelle on distingue en certains endroits des cellules dégénérées ; des faisceaux fibreux également dégénérés et quelques fibres élastiques qui ont résisté (M. Malassez).

Réunion immédiate avec un drain laissé à la partie déclive de la plaie.

18 mai. La malade n'accuse pas de douleurs. Un peu de fièvre. État général satisfaisant. Sulfate de quinine, 50 centigr. Rhum, 250 grammes.

20. Même état. Suppuration franche et de bonne nature. Lavages alcoolisés.

22. Suppuration abondante. La plaie est rosée et de bon aspect. Pas de fièvre. P = 85. TA = 37.5. On enlève les points de suture et on les remplace par des bandelettes de tarlatane collodionnée.

25. État général bon. Suppuration abondante.

28. Même état. Lavages alcoolisés.

30. La suppuration diminue. La plaie s'est réunie par première intention dans sa partie supérieure.

2 juin. Suppuration insignifiante.

4. La malade quitte le service. La plaie est fermée : il ne reste que quelques bourgeons charnus à la partie déclive.

C. — Région de la cuisse.

Obs. DLVI. — *Phlegmon circonscrit de la cuisse. Décollement de la peau. Lavages à l'eau alcoolisée. Guérison.* — Marsallon (Gabriel), trente-huit ans, maçon, entré le 15 mai 1874. A vu, il y a douze jours, survenir sans cause connue un phlegmon circonscrit de la cuisse droite. Ce phlegmon a été ouvert en ville il y a huit jours.

Au moment de l'entrée, l'extrémité inférieure et postérieure de la cuisse droite, au-dessus du creux poplité, est le siége d'un décollement cutané s'étendant en haut à quatre travers de doigt du foyer de l'abcès. A ce niveau, la peau est rouge et chaude. A la partie déclive existe une ouverture d'où s'écoule du pus et de la sérosité en petite quantité. Pas de ganglions. Passage d'un drain. Lavages à l'eau alcoolisée. Immobilisation. Guérison le 21 mai.

Obs. DLVII. — *Épanchement séro-purulent de la cuisse. Drainage. Lavages iodés. Guérison.*—Michel (Ursule), vingt-quatre ans, couturière, entre le 26 juin 1874.

Cette malade est tombée, il y a environ dix-huit mois, sur le côté externe de la cuisse gauche, de la hauteur de 1 mètre environ. Elle ne constata après sa chute qu'une ecchymose de l'étendue de la paume de la main. Cette ecchymose ne tarda pas à disparaître, et la malade ne s'occupa pas autrement de cet accident local. Il y a huit mois environ, en portant la main sur sa cuisse à un endroit où depuis quelques jours elle ressentait un peu de souffrance en marchant, elle sentit un soulèvement de la peau sur une certaine étendue. Ce soulèvement s'étendit peu à peu jusqu'à ces derniers temps, où il paraît être resté stationnaire.

Depuis sa chute elle avait toujours conservé un peu de claudication qu'elle ne savait à quoi attribuer. Bientôt les douleurs devinrent continuelles, même pendant le repos, et empêchèrent la malade de marcher. Elles s'irradiaient dans la région lombaire et par moments dans toute la cuisse.

Depuis cinq mois et demi elle a été forcée de laisser tout travail.

On constate aujourd'hui sur la partie externe et supérieure de la cuisse gauche l'existence d'un vaste épanchement qui a soulevé la peau dans une

grande étendue. De la partie moyenne de la cuisse il remonte jusqu'à 5 centimètres au-dessus du grand trochanter et occupe en largeur à peu près toute la face externe du membre. La peau a un aspect tremblotant. Le muscle tenseur du fascia lata, l'aponévrose et la peau ont été décollés. Il s'est formé spontanément un trajet fistuleux très-étroit qui laisse sortir un liquide séreux, un peu trouble, mais qui n'a nullement l'aspect du pus. Les mouvements de la jambe sont conservés.

4 juillet. On fait une ponction avec un trocart, et on passe un tube à drainage. Issue d'un litre environ d'un liquide séro-sanguinolent. Lavages iodés de la cavité.

6. A eu un peu de fièvre hier et cette nuit. Souffre dans la cuisse. Peau chaude. P = 92.

9. La fièvre est tombée, mais l'appétit est toujours faible. Ne prend que des bouillons. Dort peu. Il sort lentement un peu de pus séreux.

1er août. La cavité est presque entièrement fermée et ne donne plus que quelques gouttes de pus de bonne nature. État général satisfaisant. Sort le 5 août. On lui recommande de faire encore quelques lavages iodés.

Obs. DLVIII. — *Lipome de la racine de la cuisse gauche. Ablation. Guérison.* — Bessède (Louis), quarante-cinq ans, entré le 22 mai 1874 pour une tumeur située à la racine de la cuisse gauche. Il y a quatre ans cette tumeur avait le volume d'une châtaigne. Depuis cette époque elle a grossi sans jamais occasionner de douleurs, mais elle gêne la marche par son volume.

A son entrée dans le service la tumeur a le volume d'une tête d'adulte; elle est allongée parallèlement au pli de l'aine, au-dessous duquel elle est située; quand le malade est debout, elle tombe un peu par son propre poids. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur, sa mobilité et sa température normales. Toute cette masse est molle, fluctuante, lobulée, indolore; on sent qu'elle n'adhère nullement aux parties profondes. Une palpation attentive fait connaître des lobes et des cloisons qui les séparent.

24 mai. Incision à la partie déclive, puis énucléation de la tumeur. C'est un lipome en masse, lobulé, cloisonné à sa partie antérieure, libre à sa partie profonde. La saphène passe en avant. Réunion immédiate avec mèche à la partie déclive.

Le malade sort guéri le 10 juin.

D. — Genou.

Obs. DLIX. — *Vice de conformation des membres inférieurs; genoux en dedans. Traitement par la méthode de Delore. Résultat incomplet.*

— Havrez (Jules), seize ans et demi, serrurier, entré le 17 mars 1875. Ce malade, assez fort, sans antécédents pathologiques, présente une déviation des deux genoux en dedans. D'après ce qu'il dit, la déviation actuelle des membres aurait été reconnue il y a quatre mois. Depuis l'âge de quinze ans il était en apprentissage chez un serrurier et obligé de se tenir constamment debout; cette circonstance serait, d'après lui, l'origine de sa difformité. Au moment de son entrée dans le service, il est dans l'état suivant :

Les deux genoux, mais surtout le gauche, sont dans un valgus complet.

Dans le décubitus dorsal, le pied droit est maintenu dans l'abduction et la rotation en dehors; aucune maladie des os ni de l'articulation. Du côté gauche, l'abduction et la rotation en dehors sont beaucoup plus prononcées qu'à droite.

Lorsque les deux membres sont rapprochés et que les deux genoux sont en contact au niveau des deux condyles internes des fémurs, la distance qui sépare les talons est de 10 centimètres au moins.

Pendant la marche, il y a un peu de claudication; le jeune malade marche sur le bord interne du pied gauche de telle façon qu'on le croirait atteint de pied-bot valgus de ce côté.

Rien du côté de la hanche. Jamais de douleurs dans la cuisse, ni au niveau du genou. Pas d'ensellure. Pas de traces de rachitisme dans tout le reste du squelette. Poitrine large et bien conformée. Rien du côté du frontal et des pariétaux, membres supérieurs parfaitement réguliers. La santé générale est d'ailleurs excellente, elle n'a jamais été altérée en aucune façon.

20 mars. Chloroforme. Redressement forcé des deux membres d'après les principes posés par M. Delore. Craquements des deux côtés. Appareil inamovible avec attelles métalliques placées sur le côté interne.

22. Le malade ne peut plus supporter son appareil, qu'on est obligé d'enlever.

24. La déformation tend à se reproduire, parce que le malade ne peut tolérer son nouvel appareil, malgré tout le soin avec lequel il est appliqué.

26. Nouvelle réduction ; le malade ne voulant pas consentir à supporter d'appareil, elle demeure infructueuse comme la première.

2 avril. Le malade quitte le service sur sa demande.

Obs. DLX. — *Rupture incomplète du tendon rotulien.* — Clédon (Alfred), quarante-deux ans, entré le 5 avril 1875. A reçu hier un coup de pied de cheval sur la face antérieure du genou gauche.

Le tendon rotulien présente à sa partie moyenne, sur son bord interne,

une solution de continuité oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Le genou est douloureux et tuméfié en avant; une ecchymose très-nette indique l'endroit sur lequel a porté le fer du cheval. Les mouvements sont très-pénibles. Si l'on examine la jambe dans l'extension on reconnaît que le tendon est coupé en partie et assez irrégulièrement; dans la flexion les deux bouts divisés forment un relief très-apparent. On peut même se demander s'il ne s'est pas fait dans la bourse séreuse sous-jacente un épanchement de sang.

Immobilisation dans une gouttière en fil métallique pendant dix jours, puis appareil silicaté le 17 avril.

Peut se servir de sa jambe et marcher sans béquilles au moment de sa sortie, le 11 mai.

E. — Creux poplité.

Obs. DLXI. — *Abcès froid primitif du creux poplité.* — Primard (Jules), vingt-six ans, fourreur, entré le 15 mars 1875.

Près du bord externe et inférieur du creux poplité droit, existe une tumeur du volume d'un gros œuf de poule; elle est fluctuante et indolente. Elle a débuté il y a six semaines sans cause connue. Cette tumeur est allongée et s'étend en haut et en bas de la région. Peau normale. Ponction. Drainage, lavages iodés.

Guérison complète le 1er mai.

Obs. DLXII. — *Kyste du creux poplité. Accidents peu marqués. Amélioration sous l'influence du repos.* — Poirier (Pauline), quarante-quatre ans, entre le 11 mars 1874 pour une tumeur située au creux du jarret. Père mort phthisique. La malade elle-même est faible; elle s'enrhume facilement et a craché un peu de sang il y a six mois. L'auscultation ne révèle cependant aucun signe du côté des organes respiratoires. Cette femme s'est fatiguée beaucoup à l'âge de trente ans, a souffert de grandes privations, et travaille encore chaque jour pendant plus de quinze heures. Il y a un an, elle se fatigua plus que de coutume à porter de lourds fardeaux, et trois jours après elle remarqua une petite tumeur dans le creux poplité. Cette tumeur, du volume d'une noisette, était très-dure, roulant sous la peau et indolente. Sur les conseils d'un médecin la malade fit des applications de teinture d'iode et de la compression pendant six mois sans résultat. A cette époque il y avait absence complète de douleurs; la marche et les mouvements s'effectuaient sans difficulté.

La malade avait cessé tout traitement, quand il y a trois mois sa tumeur fit naître des douleurs s'irradiant de l'aine vers le genou et rendant la marche et les mouvements difficiles, surtout à la suite d'un travail fati-

gant. Elle travaillait à coudre, la jambe étendue sur une chaise. Il y a trois semaines, redoublement de douleurs, sans aucune augmentation de volume de la tumeur. Elle se décide à entrer dans le service. Nous reconnaissons que la partie médiane du creux poplité, au niveau du jumeau interne, est le siége d'une tumeur du volume d'une noix, dure, sans douleur à la pression et sans adhérences avec la peau, qui a conservé sa couleur normale. Elle résiste à la pression comme une poche pleine de liquide, et semble d'autant plus dure et plus volumineuse que le membre est dans l'extension et que les muscles sont contractés. Si l'on fait fléchir le membre, la tumeur disparaît sous le muscle et par la pression elle devient molle; elle communique avec la synoviale de l'articulation. La malade peut à peine marcher, et la fatigue arrive promptement; elle ressent en outre une douleur vive partant de l'aine et venant jusqu'au genou.

Repos. Vésicatoires. Applications de teinture d'iode.

Obs. DLXIII. — *Kyste du creux poplité. Extirpation. Arthrite suppurée du genou. Guérison.* — Scheyner (François), seize ans, cartonnier, entre le 24 février 1875, pour une tumeur du creux poplité droit. Début remontant à trois mois. Il y a un mois seulement, la flexion de la jambe sur la cuisse est devenue très-douloureuse. Pas de traces de scrofule.

Aujourd'hui la tumeur remplit le creux poplité. Elle est saillante surtout du côté interne, quoique volumineuse; elle comprime les muscles et les nerfs du voisinage. Hydarthrose des deux genoux; la tumeur n'est presque pas réductible. Dans la flexion de la jambe sur la cuisse; elle disparaît, mais ne semble pas communiquer avec la synoviale du genou. Pas de traces d'inflammation. Il est facile de reconnaître que nous sommes en présence d'un kyste placé sous le jumeau interne.

6 mars. Nous pratiquons une incision parallèle au bord inférieur et interne du losange poplité. La paroi du kyste très-épaisse adhère au tendon du jumeau interne qui la contourne inférieurement. La poche entière est énucléée sans difficulté. Elle ne communique point avec l'articulation. Il existe même un petit bourrelet de graisse qui l'en isole et lui sert en quelque sorte de coussinet.

On place un tube de caoutchouc et une petite mèche de charpie cératée dans la partie la plus déclive de la plaie. Le membre est maintenu dans une immobilité complète par un appareil ouaté inamovible et légèrement compressif. Bouillons, potages, rhum, sulfate de quinine 50 centigrammes.

Jusqu'au 18 mars la douleur est peu vive, le malade dort bien, et mange avec appétit des potages. Ce jour-là, il éprouve le matin un petit frisson et se plaint de douleurs dans le genou. Nous enlevons l'appareil

et nous trouvons un œdème assez marqué de tout le membre inférieur, surtout de la cuisse. Ganglions engorgés dans le triangle de Scarpa. TA. 38,6. P = 90.

Nous reconnaissons que le genou est le siége d'une arthrite et nous plaçons huit sangsues. Puis nous appliquons une attelle en plâtre depuis la malléole externe jusqu'à l'origine de la cuisse pour immobiliser le membre tout en permettant de le surveiller. T. 39,2. P = 90.

19. Même état. T. 39,2. P = 90.

20. Suppuration abondante et fétide de la plaie ; ses bords se couvrent de fausses membranes grisâtres ; l'œdème péri-articulaire a augmenté. Nous soupçonnons que du pus se fait dans l'articulation fémoro-tibiale. T. 38,4. P = 96.

Élévation du membre au moyen d'un appareil suspenseur; glace sur l'articulation. Vin de quinquina, sulfate de quinine.

21. Même état. Nous constatons de la fluctuation dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou. Nous y passons un drain. Du pus séreux s'en écoule en abondance. T. 39. P = 90.

22. État général assez mauvais, les pansements sont extrêmement douloureux. T. 39,1. P = 100.

23. Même état. T. 39,6. P = 105.

On fait sortir le pus de l'articulation plusieurs fois par jour au moyen de douces pressions.

24 et 25. T. 39. P = 100.

26. T. 39,2. P = 100.

27. T. 39,4 P = 110.

28. La suppuration articulaire étant extrêmement abondante, on passe un second tube à drainage allant rejoindre le premier par une large contre-ouverture pratiquée en dehors du ligament latéral externe.

29. Diminution des phénomènes inflammatoires locaux; la plaie a un peu meilleur aspect. T. 39,8. P = 130.

30. Le malade a un peu dormi pendant la nuit. T. 39,2. P = 96.

31. T. 39,4. P = 100.

1er avril. T. 39,5. P = 100.

La suppuration diminue; l'appétit revient, néanmoins l'état général laisse encore à désirer. Les parents du malade l'emmènent chez eux. Le traitement est continué (immobilisation et suspension du membre ; pressions douces pour favoriser l'écoulement du pus; toniques à l'intérieur).

L'arthrite purulente est guérie au bout de cinq semaines, et le jeune malade peut marcher le 15 juin.

Obs. DLXIV. — *Kyste du creux poplité gauche. Extirpation. Arthrite purulente du genou. Pyhémie épidémique. Mort.* — Guinovaleix

(Louis), trente-six ans, entre le 21 août 1874. — Cet homme, qui n'avait jamais été malade jusque-là, ressentit il y a quatre mois dans toute la jambe et le genou gauches une douleur vive qui s'exaspérait à la moindre fatigue. Trois vésicatoires furent appliqués sans résultat sur la face antérieure du genou. On ne s'aperçut pas qu'il existait une tumeur dans la région poplitée. C'est au moment de son entrée dans nos salles qu'une exploration soigneuse nous la fait découvrir. A ce moment elle occupe la moitié inférieure du creux poplité, a le volume d'un œuf, est fluctuante quoique distendue, irréductible, sans battements. Elle n'est plus visible dans la flexion, mais reste toujours sensible au toucher. Elle semble pénétrer sous le jumeau interne; est très-douloureuse à la pression. Nous diagnostiquons un kyste formé au-dessous de la bourse du jumeau interne, qui, comme on le sait, est plus développée que celle des autres muscles de la région.

2 septembre. Ponction exploratrice donnant issue à un liquide séro-purulent. Immobilisation dans une gouttière en fil métallique. Compression légère avec un appareil ouaté.

15. On enlève l'appareil. La tumeur a repris son volume primitif et produit une douleur telle, que le malade la ressent même dans le décubitus dorsal et ne peut marcher.

10 octobre. Le malade étant chloroformé, on incise couche par couche, sur une longueur de 5 centimètres, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose; cette incision est faite un peu en dehors de la ligne médiane. Le nerf poplité externe est mis à nu et soigneusement ménagé. On arrive sur une poche kystique molle et très-friable. Après son ouverture il s'écoule d'abord de la sérosité offrant tous les caractères physiques de la synovie normale, puis du pus concret et quelques coagula fibrineux. La paroi profonde est laissée en place à cause de ses rapports intimes avec la synoviale articulaire. Une petite mèche garnie d'un tube en caoutchouc est placée à l'angle inférieur de la plaie. Deux boules de charpie servent à la maintenir. Le tout est recouvert d'un linge fenêtré. Le membre est ensuite entouré de bandes de ouate depuis la tête du tibia jusqu'au grand trochanter. Une attelle métallique externe et une autre interne, maintenues par des bandes silicatées, consolident le pansement.

22. On remplace le premier appareil par un second plus serré. Depuis l'opération la suppuration s'est bien établie; le malade a conservé l'appétit et le sommeil.

3 novembre. L'état général est excellent. On enlève l'appareil et on laisse le membre dans une gouttière en fils métalliques.

7. Douleurs vives dans le genou. Fièvre. Inappétence. État saburral de la langue. Immobilisation du membre avec deux attelles latérales plâtrées.

8. Gonflement considérable du genou. Insomnie. Suppuration très-abondante. P = 110.

9. Frisson de dix minutes. Œdème de toute la jambe. Le genou est rouge et très-douloureux. P = 120. Sulfate de quinine 1 gramme. Rhum, 500 grammes. Vin de Bordeaux. Vin de quinquina.

10. Nouveau frisson. Suppuration beaucoup diminuée depuis deux jours. P = 120.

11. On ponctionne l'articulation avec un appareil aspirateur. Il en sort du pus très-épais mélangé de grumeaux qui bouchent la canule. On passe un drain immédiatement au-dessus de la rotule, allant de la partie interne à la partie externe de l'articulation.

12. L'état général devient de plus en plus mauvais. P = 120.

13. Une nouvelle mèche est introduite dans la poche kystique. Celle-ci ne semble pas communiquer avec l'articulation.

15. Depuis avant-hier, le gonflement a diminué, mais la douleur est restée la même. P = 110. Lavages de l'articulation avec de l'eau faiblement alcoolisée.

17. Même état. P = 120.

19. Pas de nouveaux frissons. Articulation présentant toujours les mêmes symptômes. Le malade s'affaiblit. P. = 120.

20. Suppuration très-abondante. P = 135.

22. Le matin P = 148. T A. 39°,5.

25. Nouveau frisson. P = 130. On passe un second tube à drainage.

29. Sueurs profuses. P = 130.

30. Facies pyhémique. Subdélirium. P = 140.

1er décembre. Délire pendant toute la journée. P = 140.

2. Mort le matin à 6 heures.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. Abcès du côté droit dans la paroi thoracique. Nombreux abcès métastatiques dans les deux poumons. État graisseux du foie et des deux reins. Dans le genou malade, les cartilages articulaires sont dépolis et grisâtres, les culs-de-sac articulaires, les ligaments croisés sont en partie détruits par la suppuration. Toute la cavité est occupée par un vaste épanchement purulent qui remonte entre les interstices musculaires jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Les muscles sont décollés et baignent dans le pus.

F. — Jambe.

Obs. DLXV. — *Phlegmon circonscrit de la jambe.* — Legeay (Émile), dix-neuf ans, vernisseur, entre le 19 mai 1875.

Il y a quatre jours a ressenti sans cause connue de violents élancements dans la jambe droite au point où siége aujourd'hui la tumeur. Sur la face

interne de la jambe, à la partie moyenne, se trouve une tumeur phlegmoneuse peu apparente, bien circonscrite, du volume d'un œuf de pigeon, ramollie à son centre, mais dure et consistante à sa périphérie. A ce niveau la peau est rouge, chaude et tendue, et les parties molles environnantes sont un peu infiltrées. Le malade accuse une douleur vive et lancinante. P = 84. Incision, cataplasmes émollients. Guérison complète le 31 mai.

Obs. DLXVI. — *Tarsalgie.*— Picaut (Ferdinand), dix-sept ans, garçon épicier, entre le 3 mars 1875.

A ressenti depuis huit mois, à différents intervalles, de vives douleurs dans la jambe et le pied du côté droit.

Ce jeune homme est affecté d'un pied plat valgus qui est accompagné depuis plusieurs jours de douleurs vives et d'une claudication prononcée. Il marche sur le côté externe du pied dont la voussure est complétement effacée. Les mouvements sont gênés et difficiles ; il ne peut garder la station verticale et sa jambe droite fléchit sous le poids du corps. La jambe est atrophiée. La saillie du mollet n'existe plus ; les muscles péroniers répondent lentement à l'excitation électrique. État général bon.

La contractilité électrique diminuée devient meilleure au bout d'une dizaine de séances d'application de courants interrompus. — Appareil silicaté. Repos. Sort le 24 avril très-amélioré.

Obs. DLXVII. — *Tarsalgie. Double pied plat valgus. Guérison.* — Trocard (Prosper), vingt-six ans, journalier, entre le 14 septembre 1874.

C'est un jeune homme petit, maigre, de constitution lymphatique, auquel on donnerait quinze ans par sa taille et son état de débilité. Depuis huit ans jusqu'à quinze il est resté à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une chorée généralisée. Il paraissait parfaitement guéri lorsque, il y a quelques jours, il a eu de nouveaux accidents choréiques à la suite de douleurs de pied. Il a immédiatement repris du bromure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour, mais les accidents n'ont point encore disparu. Il entre pour des douleurs très-vives qu'il ressent dans l'articulation tibio-tarsienne. Leur début remonte à huit jours ; elles l'ont obligé depuis lors à se reposer un jour sur deux. Il survenait un peu de gonflement au pied droit en avant de la malléole interne. Elles ont pris une telle acuité, qu'elles ont rendu les mouvements du pied impossibles. L'articulation tibio-tarsienne s'est prise ensuite, les deux pieds sont en valgus. Pas de fièvre. Appétit conservé.

Il s'agit là d'une tarsalgie double compliquée de pied plat valgus, due aux nombreuses courses que faisait chaque jour le malade et au vice de conformation de son pied. Cataplasmes laudanisés. Repos au lit. Guérison au bout de quinze jours.

G. — Cou-de-pied.

Obs. DLXVIII. — *Abcès du cou-de-pied. Incision. Guérison.* — Anquelin (Édouard), journalier, vingt-deux ans, entre le 18 septembre 1874.

Rougeur et tension très-douloureuse des parties molles du cou-de-pied gauche. Depuis trois jours il ressent de forts élancements dans cette partie. On y constate la présence d'un abcès circonscrit produit par la pression continue d'une grosse chaussure. Les ganglions de l'aine sont pris.

Fluctuation manifeste et très-superficielle. Incision et évacuation d'une certaine quantité de pus. Cataplasmes. Guérison au bout de trois jours.

Obs. DLXIX. — *Kyste tendineux du cou-de-pied. Ponction sous-cutanée. Compression légère. Guérison.* — Joly (Jean), trente-six ans, entre le 18 mai 1875.

Remarqua il y a quatre mois sur le cou-de-pied gauche une tumeur du volume d'une noisette et qui n'occasionnait encore aucune douleur. Ce malade ne sait à quelle cause la rapporter : il ne se souvient pas d'avoir porté de chaussures qui l'aient blessé, ni d'avoir reçu de coups dans cette région. Depuis un mois la tumeur a atteint le volume d'un œuf de pigeon, et le malade a ressenti des douleurs et de l'engourdissement dans tout le pied.

Sur la partie médiane du cou-de-pied, dans la gaîne synoviale de l'extenseur commun des orteils, existe un kyste du volume d'un œuf de pigeon bien limité, arrondi et manifestement fluctuant. Si l'on imprime au pied des mouvements d'extension et de flexion, la tumeur suit le trajet des tendons avec lesquels elle semble faire corps. Depuis un mois le malade accuse des douleurs et de l'engourdissement dans toute la moitié externe de la face dorsale du pied ainsi que des picotements dans le talon. La peau a conservé son aspect.

22 mai. Ponction sous-cutanée. On prend soin de détruire le parallélisme de la peau et de l'enveloppe du kyste. Il en sort un liquide épais semblable à de la gelée de coing. On fait sortir autant que possible tout le liquide, puis on applique immédiatement sur la tumeur quelques rondelles d'amadou superposées et fixées par une bande pour faire une bonne compression. Dix jours après la tumeur n'est plus apparente et le malade n'a plus de picotements dans le talon, ni d'engourdissements dans le pied. On continue la compression pendant quelques jours. Le malade quitte le service le 31 mai, complétement guéri.

II. — Pied.

Obs. DLXX. — *Pied bot varus équin consécutif à un traumatisme (Fracture comminutive du fémur. Ankylose du genou par suite du séjour prolongé du membre dans un appareil). Ulcération plantaire de cause mécanique. Guérison.* — Meurisse (Armand), ouvrier en coffres, quarante-sept ans, entre le 24 avril 1874.

Il reçut en 1848, aux journées de juin, une balle qui entra par la partie externe de la cuisse droite, à quelques centimètres au-dessous du grand trochanter, fit une fracture comminutive du fémur et donna lieu à des abcès multiples pour lesquels il fut soigné à Saint-Louis pendant quatorze mois.

Cette fracture a amené une difformité de la cuisse, avec raccourcissement du membre et rotation de la jambe en dehors. La jambe ayant été placée dans un appareil pendant plus d'un an, il est survenu une ankylose complète du genou avec paralysie des extenseurs du pied et formation d'un pied bot varus équin. Le talon est porté en dedans et en haut, le bord interne du pied est relevé, et l'extrémité antérieure est rejetée en dedans. Par suite de son état le malade est forcé, quand il se tient debout, de s'appuyer sur les orteils qui sont pressés les uns contre les autres dans la flexion exagérée. Il en est résulté plusieurs fois des ulcérations des faces latérales des orteils.

Actuellement une ulcération siége sur la face plantaire, à la base des trois derniers orteils, au fond du sillon formé par leur flexion. Les faces latérales sont également ulcérées. Le pied est le siége d'un gonflement considérable qui remonte au-dessus des malléoles. Le malade ne peut plus se tenir debout. C'est la quatrième fois que ces accidents se reproduisent. Cataplasmes. Emplâtres de Vigo. Repos au lit.

1er mai. La cicatrisation se fait régulièrement.

6. Encore un peu de suppuration. Bains alcalins. Iodure de potassium.

13. La cicatrisation est complète.

16. Le malade part pour Vincennes.

Obs. DLXXI. — *Brûlure superficielle de la face dorsale du pied. Tétanos consécutif. Chloral à haute dose à l'intérieur. Mort par asphyxie le seizième jour. Autopsie. Hémorrhagies intra-musculaires.* — Terrier (Pierre), quarante et un ans, mouleur, entre le 5 février 1875.

Le 23 janvier dernier cet homme a reçu sur le pied gauche une certaine quantité de fonte en fusion. Elle a produit deux brûlures : l'une petite, située dans l'espace qui sépare le deuxième du troisième métatarsien ; l'autre de l'étendue d'une pièce de 2 francs, intéressant seule-

ment les parties molles de la face dorsale du pied. Les tendons des extenseurs ne furent pas mis à nu. Cette dernière brûlure siége sur la face interne et dorsale du premier métatarsien. Aussitôt après l'accident le malade appliqua sur son pied une huile dont on se sert ordinairement dans son atelier pour ces sortes de brûlures, et sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement.

Il y a trois jours il fut pris d'une légère contracture des mâchoires, à laquelle il n'attacha tout d'abord que peu d'importance. Le 5 février, voyant que ce trismus allait en augmentant, il se décida à se faire transporter à l'hôpital.

6 février. A la visite du matin le malade est dans un état complet de somnolence (dans la nuit il a pris 8 grammes de chloral). Il est dans le décubitus dorsal; on constate une légère roideur du cou. Pas d'opisthotonos. Intelligence intacte. Grande difficulté à ouvrir la bouche; toutefois l'écartement des mâchoires est suffisant pour que l'alimentation soit possible. La déglutition se fait assez bien. On ne trouve aucune contracture sur les autres points du corps. TA 37°,4. On continue le chloral à haute dose.

Le soir le malade est toujours somnolent; l'intelligence reste intacte. TA. 37°,3. P = 100.

7. Matin. Le malade a mieux dormi et n'accuse qu'un peu de céphalée; il semble que les mâchoires soient plus libres dans leurs mouvements. La déglutition est toujours facile. Rien du côté des muscles de la nuque et du dos. T. 37°. P = 80.

Bain de vapeur. On continue le chloral.

8. L'état du malade est à peu près le même. La contracture reste limitée aux mâchoires. T. 37°. A pris 12 grammes de chloral depuis hier.

9. A passé une assez bonne nuit. La roideur des muscles du cou a un peu augmenté, mais il n'y a pas d'opisthotonos; l'écartement des mâchoires est plus limité. La déglutition se fait moins bien que la veille. Bain de vapeur. 14 grammes de chloral.

10. A peu dormi. Trismus augmenté. Ne peut tirer la langue. La roideur des muscles de la nuque est plus accusée. A ce niveau, il existe une douleur vive, exagérée par la pression. La plaie offre un bon aspect, mais elle est douloureuse. Les muscles du dos présentent une roideur considérable; le malade est soulevé tout d'une pièce. Chloral, 12 grammes. Liniment de chloral laudanisé sur la nuque.

11. Nuit mauvaise. Beaucoup d'agitation, et par instants du délire.

Ce matin le malade est dans l'opisthotonos complet. Pas d'ensellure lombaire, mais les muscles de la paroi abdominale sont contracturés, si bien que la paroi ressemble à une planche. Contracture moins marquée des muscles du thorax. Les pupilles sont dilatées, la droite plus que la gauche.

T. 37°,5. P = 132. R = 28. Déglutition assez facile; soif très-vive. Les douleurs du cou sont un peu moins intenses; le malade tient constamment les yeux fermés. Chloral, 12 grammes.

12. Nuit très-mauvaise; beaucoup d'agitation. Pas de sommeil. Douleurs très-vives dans le ventre. Décubitus dorsal. La tête est dans la rectitude, non renversée en arrière; roideur marquée des muscles de la nuque; ensellure lombaire. Les muscles abdominaux sont fortement tendus; constipation; la contracture des mâchoires n'a pas augmenté. La déglutition est bonne; la respiration n'est pas gênée; pas de céphalalgie. Soif vive; bouche amère et pâteuse. Le moindre mouvement exagère les douleurs de la nuque et du ventre. L'intelligence est entière.

T. 37°,4. P = 120. R = 24. Purgatif. Bain de vapeur. Chloral. Bouillon et vin.

13. Nuit meilleure; un peu moins d'agitation.

14. Nuit très-mauvaise. Trismus augmenté. Déglutition toujours facile. Les pupilles sont contractées. P = 96. R = 26.

15. L'état est à peu près le même. On remarque sur la face une légère éruption chloralique. Depuis hier le malade est constamment en sueur. Se plaint beaucoup du ventre. Pas de douleur du cou. P = 100. R = 36.

16. Nuit assez bonne. La contracture n'a pas diminué. Cependant le trismus est moindre.

P = 110. Chloral, 12 grammes. Bain de vapeur. Liniment composé de chloroforme, laudanum et baume tranquille.

17. Hier soir le malade avait ressenti une notable amélioration du côté du ventre. Ce matin les muscles abdominaux sont moins tendus et se laissent déprimer. Cependant quand on presse sur le ventre on détermine de la douleur et en même temps une crise de contracture.

La nuit a été bonne. Le malade est constamment plongé dans une sorte d'état d'ivresse. L'éruption chloralique n'a pas continué. En somme, amélioration marquée. L'ouverture des pupilles est normale; toutefois la droite est plus dilatée que la gauche. P = 112.

18. Nuit un peu agitée. Le mieux persiste; les muscles abdominaux redeviennent souples. La déglutition est bonne. Il présente sur les deux mains plusieurs ampoules entourées d'une auréole rougeâtre et probablement dues au chloral.

Il n'en existe pas ailleurs. Même traitement.

19. Le malade a eu un peu d'agitation et de jactitation interrompues assez fréquemment par des cris plaintifs; il éprouve parfois de petites crises de contracture et se plaint surtout de la région lombaire. Pas d'ensellure. La tête est droite; le malade l'incline bien en avant. Les muscles du ventre sont redevenus souples. La respiration n'est nullement gênée; la déglutition s'accomplit facilement. P = 120. Pendant les crises passa-

gères qui surviennent dans le cours de la visite, le malade porte le tronc en avant.

20. Présente toujours un certain degré d'agitation, pousse de temps en temps des cris plaintifs, et accuse de la douleur dans toute la région dorsale. On peut facilement passer la main, grâce à la contracture spasmodique des muscles de la région. Même état. P = 90. Même traitement.

21. La contracture gagne les muscles qui président à la respiration, et le malade succombe par asphyxie vers 11 heures du soir.

Autopsie faite le 22 février, à 10 heures du matin, par M. Galliard, externe du service. — La rigidité cadavérique est très-marquée. Les membres sont difficiles à étendre. Les deux plaies du pied gauche sont couvertes de bourgeons charnus rosés et de bel aspect.

Thorax. — Les poumons sont noirâtres, gorgés de sang, de teinte uniforme, médiocrement crépitants, mais restant à la surface de l'eau. Aucun liquide dans les plèvres ni dans le péricarde ; l'aspect du cœur est normal ; dans le ventricule droit on rencontre des caillots fibrineux récents, engagés entre les muscles papillaires ; dans le ventricule gauche, plusieurs petits caillots noirs, mous (caillots *post-mortem*).

Abdomen. — Dans l'épaisseur des muscles grands droits, à leur partie moyenne, on remarque deux plaques noirâtres, symétriques, de la grandeur de pièces de 5 francs, constituées par des fibres musculaires infiltrées de sang et disjointes (déchirure probablement due à la contraction exagérée de ces muscles). Les aponévroses présentent leur aspect normal. Aucune trace de liquide péritonéal. Grand épiploon adhérent. Au niveau de l'ombilic l'enveloppe d'une anse d'intestin grêle est ecchymosée sur une longueur de 10 centimètres. L'atmosphère celluleuse des reins est infiltrée de sang ; les capsules mêmes de ces glandes présentent des ecchymoses isolées surtout à leur partie supérieure. Les reins sont normaux à la coupe.

Les deux psoas avant leur réunion aux iliaques sont le siége d'une infiltration sanguine ; on y rencontre des plaques noirâtres, superficielles, d'un demi-centimètre à un centimètre d'épaisseur ; la friabilité des fibres musculaires, aux points infiltrés, est moindre que celle des grands droits. Cette altération n'existe pas au-dessous des ligaments de Fallope. Aucune trace de rupture musculaire. Rien à noter du côté du foie ou de la rate.

La muqueuse stomacale, au niveau de la paroi postérieure, dans le voisinage de la petite courbure présente quelques stries violacées. Intestins normaux, matières fécales dans les côlons transverse et descendant.

Cerveau. — Aucune altération des méninges ; pas de liquide dans les ventricules. Injection superficielle des circonvolutions. Tissus du cerveau, du cervelet et du bulbe normaux à la coupe.

Obs. DLXXII. — *Phlegmon circonscrit de la face dorsale du pied*

gauche. — Lefebure (Carlos), quarante-sept ans, journalier, entre le 18 janvier 1875.

Il y a six jours a ressenti une douleur assez vive avec élancements sur le dos du pied gauche. La face dorsale du pied est tuméfiée et enflammée; la peau est rouge, tendue et luisante au niveau de l'extrémité postérieure des deuxième et troisième métatarsiens. La pression est douloureuse, et avec le doigt on détermine une légère dépression des téguments. Parfois surviennent des élancements qui agacent le malade. Cette inflammation est bien limitée, et il n'y a point apparence de suppuration. Ne peut donner aucun renseignement sur la cause du mal. Cataplasmes. Trois jours après l'entrée du malade, on trouve une fluctuation superficielle; on incise, il sort une faible quantité de pus. Guérison complète au bout de huit jours.

Obs. DLXXIII. — *Phlegmon de la face dorsale du pied droit.* — Fleury (Jacques), soixante et un ans, entre le 21 décembre 1874.

Il y a quatre jours a été piqué par un clou de sa chaussure. Au-dessous de la malléole externe droite et empiétant un peu sur la face plantaire on remarque une grosse phlyctène bleu foncé. Autour d'elle la peau est rouge, chaude, tuméfiée. On ne voit pas la trace de la piqûre. Le pied se tuméfie de plus en plus et devient très-douloureux. Pas de varices.

Le lendemain de son entrée, application de quinze sangsues. Disparition des accidents aigus, mais il se fait une ulcération superficielle de la peau sur une étendue de 4 centimètres de largeur sur 6 de longueur. Pansement à la glycérine. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. DLXXIV. — *Abcès de la face dorsale du pied.* — Quesnet (Narcisse), quarante-deux ans, polisseur sur métaux, entre le 3 décembre 1874, jouit d'une bonne santé habituelle.

Il y a six ans il a eu un abcès sur la joue gauche qui a donné lieu à un trajet fistuleux fermé seulement au bout de huit mois. Le malade est obligé de rester continuellement debout à cause de son métier.

Vers la fin de novembre il ressentit des picotements du cou-de-pied droit et de toute la face dorsale. Le pied gonfla sans cause apparente et devint le siége d'un œdème très-accentué, surtout en avant des malléoles.

En cet endroit, la peau est bleuâtre et décollée. La marche est impossible, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont abolis. L'état général est satisfaisant. Cataplasmes.

4 décembre. On passe un tube à drainage dans l'abcès. Au bout de huit jours on retire ce drain. A ce moment l'abcès a l'aspect d'une plaie livide, bleuâtre, à bords déchiquetés, à fond grisâtre, de 3 centimètres de diamètre. Pansement avec des bandelettes de diachylon pendant tout le mois de janvier. Traitement général reconstituant. Alcool, fer et quinquina.

5 février. — La plaie n'a plus que 2 centimètres de diamètre. Elle présente un aspect rosé ; sur les bords on trouve une zone cicatricielle d'un demi-centimètre de rayon. Depuis quinze jours l'œdème a disparu. Le fond de la plaie est couvert de bourgeons charnus rosés, saignant facilement. On continue le même pansement.

14. Le malade quitte le service complétement guéri.

Obs. DLXXV. — *Phlegmon circonscrit de la plante du pied gauche.* — Trin (Herminie), vingt-sept ans, domestique, entre le 3 janvier 1875. Ressent depuis cinq jours des douleurs lancinantes dans toute la région plantaire du côté gauche. Le talon est gonflé, rouge et douloureux, la peau est chaude et présente sur la partie postérieure un petit point blanchâtre. Il ne semble pas cependant qu'il y ait de la fluctuation profonde. La malade ne peut marcher. Le gonflement est limité à la couche cellulaire postérieure du pied. P = 96. Insomnie. Cataplasmes. Le deuxième jour, la fluctuation étant devenue manifeste, incision et évacuation du pus. Guérison au bout de dix jours.

Obs. DLXXVI. — *Petit abcès verruqueux de la plante du pied.* — Bellanger (Joseph), trente-sept ans, fleuriste, entre le 25 janvier 1875.

Présente sur la face antérieure du talon gauche, vers l'extrémité du troisième métatarsien, un durillon enflammé de l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Le sommet de ce durillon est ulcéré et laisse écouler du pus en petite quantité. Cette ulcération s'est faite spontanément hier soir, pendant que le malade était au lit. Depuis plusieurs jours il mettait des cataplasmes. La pression du doigt est douloureuse. L'ulcération n'intéresse que la couche externe du derme. L'apparition de ce durillon remonte à plusieurs années. Dans ces derniers jours la marche était devenue impossible. Cataplasmes. Guérison de l'abcès au bout de huit jours.

Obs. DXXVII. — *Abcès de la plante du pied. Incision. Guérison.* — Simon (Jean), quarante ans, emballeur, entre le 21 septembre 1874.

A la suite de marches forcées (quatre-vingt-douze heures en six jours), il est survenu chez cet homme un phlegmon circonscrit sous-cutané du talon. La plante du pied a été envahie par un gonflement circonscrit, accompagné d'élancements douloureux. La fièvre est apparue et le malade est resté cinq jours chez lui dans cet état, ne suivant aucun traitement.

A son entrée à l'hôpital on reconnaît une fluctuation très-nette au-dessous de la face inférieure du calcanéum. Incision donnant issue à une certaine quantité de pus. Peau chaude. P = 96. Langue chargée, urines rares et rouges.

23 septembre. — L'amélioration est sensible. A pu dormir quelques heures. Pas de douleurs. P = 86.

25. L'état général est excellent; la suppuration est faible.

28. La plaie ne donne que peu de pus, le bourgeonnement est très-actif, les bords de l'incision se rejoignent peu à peu.

1er octobre. — La plaie est fermée; le malade peut marcher.

3. Part pour Vincennes complétement guéri.

Obs. DLXXVIII.— *Trajet fistuleux de la plante du pied. Carie du calcanéum gauche. Évidement. Guérison.* — Mingot (Laurence), soixante-deux ans, domestique, entre le 9 mars 1874. Réglée à dix-sept ans, elle a toujours eu de la dysménorrhée. Le sang était pâle et peu abondant. Ménopause à quarante-huit ans. Tousse tous les hivers. Il y a cinq ans, pleurésie. Plusieurs hémoptysies.

Dans le courant du mois d'août 1872, cette malade a ressenti des douleurs dans le talon gauche. Pendant deux mois celui-ci a conservé son volume ordinaire. La douleur se faisait surtout sentir dans la marche. Dans la suite le talon s'est tuméfié ainsi que les deux malléoles. En octobre 1873, des élancements violents, surtout la nuit, survinrent. On passa un drain. Mais comme la suppuration ne tarissait point, la malade se décida à entrer à l'hôpital. La malade n'a pas cessé de marcher jusqu'à son entrée dans le service. A ce moment il existe en arrière du talon une sorte de tumeur ovale assez dure, d'un rouge violet et qui s'est ouverte spontanément il y a un mois, ne donnant issue qu'à une petite quantité de pus blanchâtre, filant, sans odeur. Applications de cataplasmes. Onctions avec l'huile de camomille et l'onguent Canet.

20 mars. La maladie occupe toute l'étendue du talon gauche et plus spécialement la partie supérieure, au niveau du bord interne du tendon d'Achille. On y voit un orifice fistuleux profond qui se bouche de temps en temps. Alors la tumeur augmente et quand le pus se fait jour au dehors la malade se sent mieux; mais la plaie se referme bientôt et les mêmes douleurs reparaissent. Le stylet introduit par l'orifice permet de constater dans le calcanéum des points cariés et d'autres nécroses.

21. On pratique une incision longitudinale parallèle au tendon d'Achille, une autre transversale à la partie inférieure de la première; de sorte qu'on a une incision en T renversé. On évide le calcanéum. On laisse une large ouverture que l'on remplit d'abord de charpie alcoolisée et plus tard de charpie imbibée de teinture d'iode.

22. A beaucoup souffert; a eu la fièvre toute la soirée et pendant la nuit.

24. La journée d'hier a été assez bonne, les douleurs sont moins vives; pas de frissons; elle a dormi cette nuit et ressent ce matin le besoin de prendre quelques aliments. P = 96.

25. Se sent mieux, l'appétit est revenu. Dort bien. P = 85. Le soir a

un peu de fièvre sans frisson. La plaie a très-bonne apparence et des bourgeons charnus recouvrent les os.

30. La peau est un peu chaude ; l'appétit se maintient. Souffre peu de la plaie ; ressent seulement de l'engourdissement dans la jambe. P = 104, fréquent et dur.

3 avril. — A passé une bonne nuit. État général meilleur. P = 90.

15. Ces jours derniers a craché un peu de sang. Craquements humides aux deux sommets.

30. Dort bien la nuit, l'appétit revient. On fait des injections alcoolisées. L'évidement se comble.

15 mai. Très-peu de suppuration ; cicatrisation ; plus de douleur.

23. La plaie est fermée. La malade peut faire quelques pas.

1er juin. La plaie est complétement guérie, l'état général est satisfaisant, la malade peut marcher sans peine.

Obs. DLXXIX. — *Épithélioma du talon. Amputation de la jambe. Infection purulente. Mort. Autopsie. Abcès métastatiques du poumon. Arthrite purulente de la deuxième articulation phalangienne du médius gauche.* — Buignet (Gabriel), soixante-treize ans, sans profession, entre le 9 mars 1874. En 1869 a senti sous le talon droit et un peu en dedans un durillon qui ne lui causait aucune douleur et qu'il a arraché. La partie sur laquelle ce durillon reposait s'est aussitôt enflammée et a suppuré. A différentes reprises ce malade a arraché les croûtes qui se formaient à la surface. La marche était pénible, quoique toujours possible. Il se présenta à diverses reprises à la consultation de M. Tillaux, qui cautérisa chaque fois la plaie et lui conseilla de la recouvrir de bandelettes de diachylon. Le talon avait conservé sa forme, il était seulement plus volumineux que le gauche et un peu douloureux.

Pendant deux ans le volume du talon s'accrut lentement, mais d'une manière sensible surtout dans ces derniers temps. Le malade ne pouvait marcher qu'avec une canne. La nuit il éprouvait des élancements.

Depuis six mois il a cessé de travailler et a gardé la chambre. Les douleurs, supportables le jour, sont intolérables la nuit. L'appétit est conservé. Il a vu survenir trois hémorrhagies peu abondantes qu'il a arrêtées avec des compresses d'eau froide.

Le volume du talon atteint aujourd'hui celui du poing d'un adulte; la surface végétante est inclinée de dedans en dehors et mesure une superficie de 7 centimètres carrés. L'épiderme s'arrête sur les bords; il est recouvert de pus concrété. Le pied est déformé ; sa cambrure est exagérée ; les orteils sont relevés. Rien sur le trajet des lymphatiques du membre inférieur, ni dans les ganglions de la région inguinale.

14 mars. Amputation de la jambe au tiers inférieur ; hémostase préventive avec la bande élastique d'Esmarch. Pansement ouaté.

Le calcanéum est envahi.

15. Le malade a beaucoup souffert dans la soirée d'hier et cette nuit; il accuse de violentes douleurs dans la partie amputée. P = 95.

16. A pris hier de très-bon appétit un bouillon et un potage. Il a pu dormir quatre heures cette nuit. Souffre plus qu'hier. La fièvre est moindre. P = 84.

17. Dort assez bien, digestion bonne; ressent encore de temps à autre des douleurs dans la jambe. La pression sur l'appareil ne détermine point de souffrance. La peau est fraîche, P = 84.

19. Douleurs dans la journée d'hier ; pas de frisson ; le malade paraît cependant s'affaiblir, le visage prend une couleur subictérique.

21. A eu plusieurs frissons dans la journée. Ce matin, une petite hémorrhagie a traversé le pansement. TA. 38°,4. Le médius de la main gauche est tendu et douloureux; les mouvements articulaires sont impossibles.

23. Pas d'amélioration ; même état.

25. La peau est chaude. Le malade semble accablé. Il a eu plusieurs frissons hier et cette nuit. La respiration est bruyante et fréquente. Râles muqueux dans toute la poitrine, délire toute la nuit. P = 120. Mort à 5 heures du matin.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. On découvre plusieurs petits abcès métastatiques dans le poumon droit. Deux dans la moitié inférieure du lobe inférieur, tous deux ovoïdes, de la grosseur d'une noisette. — Un autre occupe le centre du lobe moyen, il est gros comme un noyau de pêche. Tous les organes présentent une dégénérescence graisseuse marquée. Cœur surchargé de graisse, surtout vers la pointe. Teinte feuille morte à la coupe ; rien dans les cavités. Le volume des reins est augmenté ; le tissu a perdu sa résistance. La rate est ratatinée, friable, et diffluente au centre. La capsule externe de cet organe présente des dépôts fibro-cartilagineux qui la recouvrent presque totalement. Ces altérations de la rate sont étrangères à la maladie. Le médius de la main gauche, qui s'était œdématié au niveau de la deuxième articulation phalangienne, est incisé, et l'incision donne issue à une certaine quantité de pus siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Rien dans l'encéphale.

(Il y avait à cette époque une épidémie d'infection purulente dans les autres hôpitaux.)

Obs. DLXXX. — *Épithélioma du talon. Ablation. Récidive au bout de cinq mois. Nouvelle ablation. Résection d'une partie du calcanéum. Guérison*, — Leseurre (Philippe), cinquante-sept ans, maçon, entre le 7 janvier 1874 pour un épithélioma récidivé du talon droit.

Au mois d'octobre 1872 il se forma au-dessous du talon un abcès qui s'ouvrit spontanément. Le malade entra dans le service de M. Tillaux. A ce moment la peau était épaisse, dure, et se décollait autour d'une ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Le malade sort, puis rentre dans le service de M. Panas. Après un mois de traitement par les cataplasmes et la teinture d'iode, la plaie se ferme, mais pour s'ouvrir de nouveau un mois et demi plus tard. Le malade ne pouvait marcher ni travailler. L'ulcération restait toujours ouverte sans s'élargir, mais devenait de plus en plus profonde.

Les choses restent ainsi pendant un an, puis le malade entre pour la première fois dans notre service au mois de juin 1873.

28 juin. On fait une première opération dans laquelle on enlève tout le cancer en reséquant une partie du calcanéum. L'ulcération diminua de largeur et de profondeur, mais ne tarda pas à se rouvrir.

Cet homme entre de nouveau dans le service le 7 janvier 1874.

L'ulcération est arrondie et large de 3 centimètres. Le fond est d'un rouge sombre, bourgeonnant. Elle a la forme d'un tronc de cône à base superficielle. La peau est décollée sur les bords et présente un aspect corné. Le malade ressent des fourmillements dans la jambe, surtout dans le mollet. Les ganglions du pli de l'aine correspondant sont engorgés.

24 janvier. Le malade ayant été chloroformé, on enlève avec le bistouri tout le tissu ulcéré à 1 centimètre au delà des lèvres de la plaie. Le fond est avivé, l'os bien que normal est aussi réséqué. Pansement à plat avec des compresses imbibées d'eau alcoolisée.

5 février. — La plaie bourgeonne bien, le fond est rosé, le pourtour est bordé de tissu cicatriciel.

10. La cicatrisation continue. Pansement avec alcool glycériné. On réprime quelques bourgeons charnus exubérants avec le crayon de nitrate d'argent.

22. La plaie est presque fermée.

1er mars. — Le malade quitte le service pour aller à Vincennes, il ne reste que quelques bourgeons charnus.

1er décembre 1874. — Le malade rentre dans le service. Pendant quatre mois la guérison ayant paru complète il avait repris ses occupations habituelles, mais au bout de ce temps l'ulcération a reparu. Au milieu de l'ancien tissu cicatriciel existe une ulcération profonde par laquelle on peut pénétrer jusque sur l'os avec une sonde cannelée. Les bords présentent un épaississement énorme, avec bourrelet épithélial. Le fond est bourgeonnant. Autour des deux malléoles on remarque quelques vésicules dilatées.

5. On enlève les parties molles à 2 centimètres à peu près autour de

l'ulcération; avec la gouge et le maillet on reséque toute la partie du calcanéum avec lequel le fond de l'ulcération a contracté des adhérences. La portion d'os enlevée est raréfiée. La coupe présente l'aspect de tissu fibreux et des tractus se dirigent vers l'os. Pansement à plat avec compresses d'eau alcoolisée.

15. La plaie est rosée, de bon aspect.

25. Plaie bourgeonnante marchant vers une prompte cicatrisation.

10 janvier. La plaie a diminué de moitié. Le tissu cicatriciel envahit le pourtour, et le 30 janvier il ne reste plus que quelques bourgeons charnus. Le malade quitte le service le 1er février.

Revu le 15 juin 1875, pas de récidive.

Obs. DLXXXI. — *Mal perforant. Phénomènes d'ataxie locomotrice. Troubles de nutrition de tout le membre.*— Vary (Théophile), trente-sept ans, journalier, entre le 20 décembre 1874.

Les phénomènes ataxiques dont il se plaint remontent à deux ans; l'ulcération a débuté il y a six mois seulement.

Douleurs constrictives vers la base du thorax. Alternatives de douleurs paroxystiques du côté de la vessie et de rétention d'urine. Douleurs fulgurantes dans les deux jambes. Marche difficile, mais peu d'incoordination motrice. Rien du côté de l'appareil de la vision.

A la racine du second orteil gauche existe une callosité, avec hypertrophie épidermique; au centre de ce durillon on trouve un petit trajet fistuleux qui se creuse vers les parties profondes; ses bords sont calleux, très-durs, d'aspect corné. Le stylet s'y enfonce profondément. Le malade présente en outre une altération de forme, de volume et de direction de tous les orteils, qui sont portés en dehors. Le squelette a été résorbé, il n'existe que des parties molles hypertrophiées. Le genou opposé est le siége d'une hydarthrose avec corps étrangers nombreux et de différent volume. Il y a relâchement des ligaments latéraux et luxation latérale externe de la rotule. Un corps étranger du volume du pouce adhère au tendon du triceps.

Il est à remarquer que l'ulcération n'a produit aucun épaississement de l'épiderme, comme dans les cas de mal perforant de cause circulatoire. Toute la face dorsale du pied présente une hypertrophie très-sensible du tissu graisseux.

Repos au lit. Bains alcalins. Ulcération cicatrisée au bout d'un mois.

Obs. DLXXXII. — *Mal perforant de la face plantaire du gros orteil. Formation de trajets fistuleux. Déformation de l'articulation tibio-tarsienne consécutive à une ancienne fracture par diastase. Compression probable des vaisseaux tibiaux postérieurs. Carie du calcanéum. Évide-*

ment. Guérison. Nouveaux troubles de nutrition. Amputation de la jambe au tiers inférieur. Guérison. — Prin (Émile), coiffeur, trente-cinq ans, entre le 20 avril 1874.

En janvier 1867 il s'était, dans une chute, fracturé le péroné, et avait travaillé pendant dix-sept jours sans rien faire pour remédier à sa fracture. Il était alors entré dans le service de M. Laugier qui constata une fracture par diastase de la malléole externe, avec luxation incomplète de l'astragale en arrière. Il resta trois mois à l'hôpital sans que la fracture et la luxation fussent réduites. Il conservait le pied jeté en dehors. Depuis ce temps la jambe droite était plus grosse que la gauche, il marchait difficilement et avait besoin de s'appuyer sur une canne. Il se reposa pendant quinze mois, puis reprit ses occupations. Au bout de quatre ans il survint un mal perforant du gros orteil avec durillon au talon. Le malade enleva ce durillon, ce qui donna lieu à une ulcération accompagnée d'un léger suintement. Les douleurs de jambe allèrent alors en augmentant; bientôt la marche ne fut plus possible, et il entra au mois de février dans le service. Nous constatâmes alors une carie du calcanéum, pour laquelle nous pratiquâmes l'évidement tout en ménageant le périoste. A sa sortie de l'hôpital, le 16 juin, la guérison était complète. Il reprit ses travaux, mais la jambe s'œdématiait tous les soirs, à tel point que la peau se crevassait par places, ce qui le forçait à garder le lit pendant plusieurs jours. Après quatre ou cinq mois un des orifices par lesquels on avait passé un drain lors de la dernière opération s'est rouvert, et une nouvelle suppuration s'est déclarée. Il y a une douzaine de jours le malade a ressenti de forts élancements dans toute la région, et la marche est devenue impossible.

9 mai. On voit un mal perforant occupant la face plantaire du gros orteil. L'axe du pied est en dehors de l'axe de la jambe. On trouve plusieurs trajets fistuleux sur les bords. Il n'en existe pas sur la cicatrice de l'incision pratiquée pour l'évidement du calcanéum.

Amputation de la jambe au tiers inférieur (méthode circulaire). La coupe du pied permet de voir que le calcanéum s'est en partie reformé, mais qu'il existe vers l'extrémité antérieure de sa face plantaire des séquestres qui expliquent les accidents survenus dans ces derniers temps. Le reste de l'os est parfaitement sain.

10. A eu un peu de fièvre dans la soirée et dans la nuit; n'a pu dormir. Ce matin il se trouve assez bien. P = 95.

11. Pas de fièvre dans la journée d'hier, ni dans la nuit. A reposé quelques heures. A beaucoup souffert d'élancements dans son appareil ouaté. Appétit. P = 85.

15. Les douleurs sont moins vives et ne se font que rarement sentir. Le sommeil et l'appétit reviennent. Pas de fièvre.

18. État très-satisfaisant.

23. Ne souffre plus dans la jambe. Appétit et sommeil.

27. Le mieux continue.

4 juin. On lève l'appareil, et on trouve une plaie dont les bords sont en partie réunis. Il ne reste plus qu'une surface non cicatrisée de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, sur laquelle on passera le crayon tous les deux jours.

17. La cicatrisation est complète. Le malade est désigné pour Vincennes le 8 août. On lui fait porter une jambe artificielle. Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

Obs. DLXXXIII. — *Mal perforant du talon. Déformations multiples de la jambe. Ankylose du genou avec subluxation du tibia en arrière. Fracture des deux os de la jambe au tiers inférieur consolidée avec un cal exubérant. Pied équin. Repos et alcalins. Amélioration.* — Bacquet, cinquante-deux ans, cordonnier, entré le 25 juin 1874.

Il y a deux ans et demi, il se forma sous le talon droit de ce malade un durillon qui devenait douloureux pendant la marche. Il mit des cataplasmes, et coupa ensuite la peau ramollie. Il continua à marcher beaucoup, et il y a peu de temps le mal se reproduisit. Nouveaux cataplasmes. Il arracha en outre une petite excroissance charnue qu'il croyait être, dit-il, le germe du mal. Depuis ce temps, il s'est formé une ouverture restée béante.

Lorsqu'il entre à l'hôpital, il ne peut plus s'appuyer sur la jambe. Le pied est rouge et tuméfié; une ulcération part du milieu du talon, se dirige transversalement en dedans et empiète sur le bord externe du pied. Sa longueur est de 4 centimètres; sa largeur de 1 centimètre environ.

La douleur est lancinante et s'irradie dans le voisinage. Les bords de l'ulcération sont insensibles; une épingle enfoncée au centre ne cause pas de douleur.

Le mal s'étend jusqu'au calcanéum, qui n'est pas atteint. Par suite d'une fracture de la jambe au tiers inférieur et d'une ankylose du genou avec luxation du tibia en arrière (tumeur blanche à vingt-cinq ans), le pied présente la déformation connue sous le nom de pied équin.

Repos et bains alcalins.

7 juillet. La plaie est à peu près dans le même état. Le malade ne souffre pas tant qu'il n'appuie pas sur son pied.

16. L'ulcération se rétrécit; ses bords se rapprochent l'un de l'autre. Les parties profondes sont cependant malades.

20. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une ulcération en forme de croissant de 1 centimètre et demi de diamètre sur 2 millimètres de largeur. La marche est plus facile.

26. La cicatrisation est complète. La pression détermine cependant un peu de douleur.

30. Le malade demande à sortir.

Obs. DLXXXIV. — *Mal perforant. Ancienne fracture de jambe. Consolidation par cal exubérant. Troubles trophiques divers dans le pied et la jambe.* — Charles (Barthélemy), cinquante et un ans, homme de peine, entré le 5 avril 1874.

En 1848, il eut une fracture compliquée de plaie des deux os de la jambe gauche siégeant à six travers de doigt au-dessus de la malléole externe. Il n'obtint sa guérison qu'en conservant pendant trois mois un appareil inamovible. Depuis cet accident, le pied est resté plus sensible à la marche et au froid. Il y éprouve souvent des fourmillements, qui s'accompagnent d'un peu d'œdème lorsqu'il est contraint de se livrer à un travail nécessitant une station verticale prolongée.

Il y a huit ans, il fut soigné par M. le docteur Michon pour un durillon suppuré qui avait produit une ulcération dans laquelle on pouvait placer la pulpe du doigt. Il n'en continua pas moins de travailler, jusqu'au moment où la douleur ne le lui permit plus. Il resta deux mois au lit et l'ulcération était parfaitement guérie quand il commença à marcher.

Pendant trois ans la guérison persista. Le point où avait siégé l'ulcération était un peu sensible, mais le malade avait soin de couper fréquemment avec un rasoir la pointe du durillon qui s'était reformé sur le lieu même du premier. En travaillant debout, il s'efforçait de faire supporter la plus grande partie du poids du corps par la jambe droite.

Pendant les années 1869 et 1870, ce petit durillon s'ulcérait spontanément et l'ulcération se fermait sans aucun soin de la part du malade. Quand le pus s'était fait jour au dehors, les douleurs s'affaiblissaient et disparaissaient complétement, pour reparaître plus tard dans des conditions identiques.

C'est pendant cette période que les orteils du pied atteint se sont fléchis en griffe.

Vers la fin de 1871, un gonflement considérable a envahi la totalité du pied, le malade n'a pu marcher; il s'est fait une ulcération plus grande, plus profonde que la première et une anesthésie complète tout autour. Il entra dans le service de M. Tillaux et resta deux mois. Cataplasmes et repos. A sa sortie il n'y avait plus d'ulcération, mais la marche occasionnait toujours des douleurs.

Le durillon s'est ouvert plusieurs fois depuis cette époque; il y a environ deux mois, l'œdème est revenu, s'est accompagné de douleurs et d'élancements, et a pour la première fois gagné la jambe. Le malade a dû garder le lit pendant un mois et demi.

Deux petits abcès se sont alors ouverts sur la face dorsale du pied au niveau de l'extrémité antérieure des métatarsiens. Le plus externe correspond à la tête du quatrième métatarsien et n'est pas encore fermé actuellement; l'autre est à un demi-centimètre en dedans.

Presque en même temps apparaissait un autre abcès, très-limité, qui siégeait sur la face plantaire, vers la tête du quatrième métatarsien, et dont on ne voit plus que la cicatrice.

Aujourd'hui la face plantaire du pied gauche présente en avant du talon, au niveau de la tête du quatrième métatarsien, un durillon épidermique, grisâtre, sensible à la pression, de la largeur d'une pièce de 50 centimes et de forme conoïde, reposant sur une base indurée de l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Le côté interne et la face plantaire du gros orteil présentent aussi un durillon aplati, un peu allongé, à bords très-nets, et tranchant par sa couleur grise sur le reste de la peau. Cette production épidermique est, selon toute apparence, due à la pression des chaussures en cet endroit. L'extrémité libre du deuxième orteil présente aussi un durillon épidermique, de la largeur d'un bouton de chemise, légèrement déprimé.

La sensibilité plantaire est très-affaiblie sur le pourtour du premier durillon. Elle est intacte sur toute la face dorsale.

Le pied est ordinairement gonflé. La peau de la face dorsale est violacée; l'épiderme est tombé plusieurs fois par larges écailles comme dans la scarlatine, et on voit encore des écailles épidermiques sur le côté externe du pied. Les quatre derniers orteils ont pris la forme de griffes. Le quatrième est très-déformé. La première phalange a été le siége d'une carie occasionnée par la piqûre d'un clou de chaussure, lorsque cet homme était jeune; la première articulation phalangienne est déviée, et la deuxième phalange paraît comme étranglée à sa partie moyenne. Le gros orteil a été luxé en dedans du premier métatarsien, en 1867, par suite de la chute d'un moule de fer pesant 15 livres, et tombé d'une hauteur de $1^{m},50$ sur le pied.

On sent facilement au niveau de la fracture un cal volumineux, saillant sous la peau. Du côté du péroné on sent très-bien la saillie du fragment inférieur, au niveau de laquelle on voit une petite cicatrice.

La jambe présente de nombreux troubles circulatoires.

Les veines des deux jambes sont variqueuses, mais c'est à gauche surtout que les veines superficielles sont le plus développées. La veine saphène interne présente des dilatations jusqu'au point où elle se jette dans la veine crurale. Les autres veines sont très-dilatées. Le pied gauche est plus froid que le pied droit. Il y a un peu d'œdème. Les muscles de la jambe gauche ont subi un commencement d'atrophie et répondent moins bien à l'excitation électrique.

Les orteils du pied droit offrent la même conformation en griffe ; la cambrure de la face plantaire a disparu, ce qui a pu être déterminé par la gêne de la marche et par la position vicieuse que le malade prend pour ne pas porter le poids du corps sur le pied gauche. Le pied droit est rejeté en dedans.

6 avril. — On prescrit des cataplasmes, des bains alcalins, le repos au lit et quatre portions.

9. Le trajet fistuleux ne donne plus qu'un peu de sérosité. Le durillon ramolli est ouvert ; il en sort une très-faible quantité de pus.

13. L'abcès dorsal est fermé ; l'ulcération plantaire tend à se fermer.

17. Le malade demande à partir ; l'ulcération est fermée. Il n'existe qu'un peu de douleur.

Obs. DLXXXV. — *Mal perforant plantaire.* — Hellin (Amédée), tourneur en bois, trente-huit ans, entré le 22 février 1875.

Il y a à peu près vingt ans que le malade a eu une petite excroissance épidermique vers l'extrémité antérieure du talon droit, laquelle s'arrachait facilement avec les doigts. Il y a six semaines que pour la première fois il est sorti du pus par l'espèce d'excavation qui s'était formée dans le derme ; mais le malade n'a pas cessé pour cela de travailler. Huit jours après, mettant ses pieds dans l'eau, il a vu que cette excavation allait croissant et s'entourait d'un tissu de consistance très-dur. Il y a trois ou quatre jours, il s'est formé un abcès sur la face dorsale du pied, qui était tuméfiée depuis six semaines. Il a ressenti de la cuisson, puis de la douleur et n'a bientôt pu marcher. Il est resté quinze jours au lit et enfin est venu à l'hôpital.

Ulcération plantaire sur la tête du cinquième métatarsien n'arrivant pas à l'os. Douleurs autour à la pression. Gonflement du pied. Peu de suppuration. Pas de troubles trophiques de voisinage. Repos au lit, cataplasmes, puis pansements avec le vin aromatique. Guérison de l'ulcère au bout de trois semaines.

Obs. DLXXXVI. — *Mal perforant plantaire.* — Moisy (Louis), quarante-cinq ans, tailleur de pierres, entré le 6 février 1875, pour un mal perforant situé au côté externe du pied gauche, assez près de la tête du cinquième métatarsien.

Depuis deux ans, il s'était aperçu en cet endroit d'un durillon qui le faisait beaucoup souffrir pendant la marche. Ce malade ne présente pas d'autres dépôts épidermiques sur le pied. Pas de déformation, pas de signes extérieurs de troubles de la circulation ni de l'innervation.

Il y a un an environ, la couche épidermique s'amincit vers le milieu de la saillie ; celle-ci devint douloureuse et il se forma au centre une petite ulcération qui se creusait plutôt qu'elle n'empiétait en largeur.

Quand le malade se présente, on trouve une ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. Ses bords sont limités par une couche épaisse d'épiderme formant relief; au-dessous on trouve la peau taillée à pic, mais ne paraissant pas épaissie; puis une cavité à fond grisâtre, tapissée de bourgeons charnus. Cette cavité bien circonscrite a la forme d'un entonnoir.

On enlève largement l'épiderme, puis on fait une incision cruciale allant jusqu'au fond de l'ulcération.

Pansement à plat. Mèches en croix pour éviter la cicatrisation des angles avant le fond. Le malade sort guéri le 7 mars.

Obs. DLXXXVII. — *Abcès de la face plantaire du gros orteil.* — X. (Marie), quarante-cinq ans, entre le 27 février 1874.

Il y a quinze ans cette femme s'était luxé le gros orteil du pied gauche en le heurtant contre une marche d'escalier. Sans se préoccuper de cet accident elle alla huit jours dans son pays, et il se forma au niveau de la luxation une petite tumeur qu'un médecin ouvrit. Cet abcès suppura pendant cinq mois, et la malade vit M. le docteur Bazin qui put en obtenir la cicatrisation.

Après dix-huit mois, la suppuration reparut; la malade vint à la consultation de Saint-Louis, et on lui prescrivit les bandelettes de diachylon et des chaussures larges.

Il y a six semaines, elle a vu survenir un gonflement énorme de ce même orteil, accompagné de cuisson et d'élancements très-vifs. Elle a gardé le lit pendant huit jours, a mis des cataplasmes et l'abcès s'est encore ouvert. Elle s'est alors décidée à entrer de nouveau à l'hôpital.

A son entrée, le pied est fortement tuméfié; le gros orteil a une direction oblique de dedans en dehors. On sent sur le bord interne du pied une saillie osseuse qui proémine sous la peau et qui n'est autre que l'extrémité postérieure de la phalange. Repos. Cataplasmes. Guérison au bout de quinze jours.

Obs. DLXXXVIII. — *Phlegmon du gros orteil consécutif à une piqûre.* — Renault (Charles), quarante et un ans, porteur aux halles, entre le 9 juin 1875. A été piqué il y a huit jours par un clou de sa chaussure au niveau de la première phalange du gros orteil. Depuis lors a toujours ressenti de vives douleurs à ce niveau.

Le gros orteil du pied droit a presque doublé de volume. La peau est rouge, luisante et tendue; quand on prend cet orteil entre les doigts on sent qu'il est le siége de battements profonds. On trouve une fluctuation assez vague, qui a été précédée pendant deux jours d'élancements continuels.

La plaie produite sur la face plantaire par la pointe du clou s'est fermée

très-rapidement et n'est plus indiquée que par un petit point rouge. Incision et évacuation du pus. Cataplasmes. Pendant trois jours la suppuration est très-abondante. Guérison complète au bout de quinze jours.

Obs. DLXXXIX. — *Vice de conformation de l'ongle du gros orteil chez un ataxique.* — Maillard (Pierre), quarante-trois ans, chemisier, entré le 2 avril 1875. Ataxique depuis six ans.

L'ongle très-long, d'aspect corné, très-foncé, présente des stries transversales ; son extrémité recourbée sous le doigt empêche la marche ou du moins la rend douloureuse. Les autres orteils ne présentent rien de particulier. On scie la partie recourbée de l'ongle. Au bout de quinze jours, les troubles dus à la difformité ont disparu. Les mouvements d'extension du pouce sont seuls conservés ; ceux de flexion, d'abduction et d'adduction ne sont pas possibles. Au niveau de la saillie osseuse de la phalange existe une ouverture large d'un centimètre, en forme de sillon et qui laisse passer le pus. A la consultation, on fait une incision cruciale, afin d'en faciliter la sortie. La pression est très-douloureuse, le malade ne dort point ; l'appétit est modéré. La peau est chaude. P. = 95.

28 février. — Cataplasmes.

4 mars. — Nouvelle incision transversale dans le but de pratiquer le débridement et de hâter la marche de l'abcès.

6. A mieux dormi la nuit ; la plaie est moins douloureuse ; la sortie du pus se fait plus facilement. P = 85.

9. Mange bien, se trouve mieux.

13. La suppuration se tarit, le bourgeonnement est actif ; on fera tous les deux jours une légère cautérisation.

16. La cicatrisation est avancée, l'appétit bon et le sommeil facile.

20. Sort guéri.

Obs. DXC. — *Onyxis. Incision médiane de l'ongle, avulsion des deux moitiés.* — Mœret (Jean), vingt et un ans, tisseur, entré le 17 mars 1875.

Depuis trois mois, ce jeune homme éprouve dans le gros orteil du pied droit une sensation de plus en plus douloureuse, due à l'enfoncement du bord externe de l'os sous les parties molles qui sont fongueuses. La marche est devenue gênante et de plus en plus difficile.

Anesthésie locale par le froid (orteil enveloppé dans un mélange réfrigérant), puis incision médiane de l'ongle et avulsion de deux moitiés avec les pinces. Pansement avec la charpie sèche. Guérison au bout de dix jours.

Obs. DXCI. — *Onyxis du gros orteil. Ablation d'une moitié de l'ongle avec le bistouri. Guérison.* — Horn (Antoine), vingt et un ans, entré le 3 février 1875.

Forte contusion des parties molles du pied, il y a six ans, avec déformation consécutive du gros orteil. Début de l'onyxis il y a trois ans.

Le bord unguéal externe du gros orteil présente une rougeur inflammatoire très-vive, on trouve de plus une ulcération affectant tout le bord interne de l'ongle. Vers le milieu de cette ulcération apparaissent de gros bourgeons charnus, saignant facilement, végétant par-dessous la face dorsale de l'ongle et occasionnant de grandes douleurs quand le malade essaye de porter des chaussures.

Ablation avec le bistouri de la moitié de l'ongle correspondant à l'ulcération du derme malade. Compression avec des rondelles d'amadou. Cicatrisation complète au bout de sept jours.

Obs. DXCII. — *Onyxis. Ablation de l'ongle. Guérison.* — Spenner (Caroline), quinze ans, entre le 30 septembre 1874 pour un ongle incarné du gros orteil droit. Depuis l'âge de six ans cette malade ressent des douleurs très-vives dans cet orteil. Elles sont devenues insupportables depuis un an.

L'ongle pénètre le bord interne du gros orteil dans toute son étendue. Le sillon unguéal est tuméfié, rouge et très-douloureux. Il forme une ulcération du fond de laquelle s'élèvent quatre gros bourgeons charnus, pressés les uns contre les autres et remontant par-dessus le bord de l'ongle. Le malade ne peut ni marcher ni se chausser.

1er octobre. — On enlève d'un coup de bistouri l'ongle et les parties molles environnantes. La matrice unguéale est ainsi détruite pour éviter les récidives. On applique ensuite des rondelles d'amadou avec une légère compression, on les retire au bout de deux jours. Pansement à plat.

La plaie était dans un état tel, le 7 octobre, que la malade put prendre son *exeat* et continuer chez elle un pansement simple pendant huit jours.

CHAPITRE XII

CONSIDÉRATIONS SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE POUR LES OPÉRÉS. — STATISTIQUE GÉNÉRALE DES OPÉRATIONS.

Toutes ces observations ont été recueillies dans notre service à l'hôpital Saint-Louis. Les opérés placés dans ces conditions sont exposés à des dangers de deux sortes : les uns tiennent à l'opération elle-même ; les autres au milieu nosocomial. Nous allons les passer successivement en revue.

A. — Dangers tenant a l'opération même.

Ce sont surtout les suivants :

1° Tendance aux complications inflammatoires ;

2° Résorption du pus et des liquides morbides devenus septiques ;

3° Diminution de résistance par suite du mauvais état général.

Pour conjurer ces dangers, nous agissons toujours d'après les principes suivants :

1° Éviter par des moyens prophylactiques, convenablement choisis, les complications phlegmasiques ;

2° Faciliter l'écoulement des liquides septiques ;

3° Prévenir par une bonne hémostase toute perte de sang inutile ;

4° Remonter l'état général du malade par un régime convenablement choisi.

Voici comment nous appliquons ces principes :

I. — Inflammations.

Dans les *grands traumatismes* (chirurgicaux ou accidentels), l'*immobilité complète est le moyen antiphlogistique le plus puissant que l'art possède.*

Il ne nous est pas possible de formuler de règles absolues pour la construction des appareils destinés à répondre à cette indication; ils différeront notablement suivant la nature des plaies et suivant leur siége. A la jambe, par exemple, l'élévation combinée à une suspension bien faite nous a rendu de véritables services. Nous avons pu prévenir, grâce à ces deux moyens, des complications inflammatoires très-graves. Lors même que des phlegmasies articulaires, des arthrites purulentes du genou, par exemple, étaient déjà apparues, nous avons réussi à les dominer.

II. — Résorption des liquides septiques.

C'est généralement vers le deuxième ou le troisième jour que les liquides morbides présentent les propriétés toxiques les plus accentuées. A ce moment apparaissent les phénomènes fébriles dont les anciens nosologistes avaient fait une maladie spéciale, à laquelle ils donnaient le nom de *fièvre traumatique*. Pour les atténuer, nous avons toujours soin, avant de commencer une opération, de rechercher quelle est la meilleure direction à donner à la plaie pour bien assurer l'écoulement du pus. En outre, nous plaçons dans la partie déclive une mèche de charpie contenant un tube de caoutchouc dans son intérieur, l'indication est parfaitement remplie. Il n'est pas moins indispensable de ne pas donner à l'opéré une position qui permette la stagnation du pus.

III. — Pertes de sang pendant ou après l'opération.

Sous l'empire de certaines idées qui ont eu longtemps cours parmi les chirurgiens, aussi bien que parmi les médecins, on

ne redoutait pour les opérés que les complications inflammatoires : c'étaient elles seules que l'on s'attachait à combattre, sans se demander si, en poussant à l'extrême la méthode antiphlogistique alors en vogue, on n'arriverait point à épuiser la résistance du sujet. Notre manière d'envisager les choses est différente ; nous n'oublions jamais que toute opération grave est par elle-même une cause débilitante, dont les suites tendent également à affaiblir le malade et à le mettre hors d'état de résister aux plus légères complications ; de sorte que, au lieu de répéter les émissions sanguines, nous nous préoccupons bien plutôt de faire une bonne hémostase pendant et même avant l'opération.

C'est pour répondre à cette indication que nous avons remplacé les différentes ligatures par l'usage des pinces hémostatiques. Les meilleures ligatures augmentent la durée des opérations ; quand on les abandonne dans les plaies, elles ont une action irritante qui n'est pas douteuse. Pour que le caillot soit solide, on doit laisser les pinces pendant vingt-quatre heures ou même davantage. Au moment de la guerre, lorsque de nombreuses opérations sanglantes étaient chaque jour nécessaires, nous n'avions pas assez de pinces pour pouvoir les laisser en place sur les gros vaisseaux. Nous avions alors recours pour les gros vaisseaux à la ligature avec des fils métalliques ; c'est, selon nous, le procédé le plus avantageux. Il est vrai qu'il ne présente ni la simplicité d'application, ni les avantages consécutifs de la forcipressure.

Mais nous tenons à répéter ici que, depuis plusieurs années, nous ne faisons l'hémostase pendant nos opérations qu'avec les pinces. Nous sommes d'autant plus persuadé que ce procédé n'est pas sans avantage, que d'autres s'en sont servis depuis, que nous leur en avons donné l'exemple, et en ont retiré des effets tellement satisfaisants, qu'ils ont cru pouvoir se dispenser d'indiquer à qui en revenait la priorité.

Ce n'est pas le lieu d'insister sur les divers modes d'application de cette méthode. Deux de nos élèves, MM. Deny et Exchaquet, en ont fort bien indiqué les principaux, et nous ne sau-

rions mieux faire que d'y renvoyer le lecteur. (Voir à la fin de ce volume.)

Ajoutons que nous faisons l'hémostase préventive avec la bande d'Esmarch, toutes les fois que la chose est possible.

IV. — État général.

Le régime des opérés est indiqué d'après les mêmes principes. Nous donnons, toutes les fois que la chose est possible, une alimentation fortifiante. L'alcool à hautes doses, le quinquina, le sulfate de quinine, l'alcoolature d'aconit, nous ont toujours rendu de véritables services.

B. — Dangers tenant au milieu.

Ce que nous venons de dire s'applique aux opérés en général, aussi bien à ceux de la ville qu'à ceux de l'hôpital. Nous allons maintenant parler de quelques particularités qui tiennent au milieu nosocomial.

Le séjour des hôpitaux n'est pas aussi dénué d'avantages qu'on l'a dit dans ces derniers temps.

On est certain d'avoir à sa disposition la plupart des appareils qui entrent aujourd'hui dans la pratique de la chirurgie ; on a sous la main un personnel discipliné et très-habitué au traitement des opérés. Le chirurgien est secondé par des aides instruits, remplis de zèle et déjà au courant de la chirurgie. Il est difficile de réunir ces conditions autour des opérés de la ville. Ce ne sont certes pas les chirurgiens habiles et dévoués qui font défaut; mais il est presque impossible d'assurer le repos de l'opéré. Beaucoup de personnes l'entourent et malheureusement elles sont souvent beaucoup plus zélées qu'expérimentées. S'il s'agit de malades pauvres, il est fort difficile de se procurer les appareils les plus simples que l'on trouve dans les hôpitaux.

A côté de ces avantages, la pratique hospitalière offre un inconvénient terrible : c'est l'insalubrité du milieu. Il n'est nulle-

ment étonnant que tous les chirurgiens de notre temps s'en préoccupent au plus haut point.

On a deux moyens de combattre cette influence néfaste :

1° En isolant l'individu ;

2° En isolant la plaie et en faisant des pansements antiseptiques.

Dans certains hôpitaux on se borne pour isoler les opérés à les placer à l'extrémité des salles. Nous n'avons pas besoin de dire qu'il est préférable d'employer un tel moyen que de n'en employer aucun, mais qu'il est plus que défectueux.

Pour notre compte, nous donnons la préférence aux salles d'isolement. Toutes les personnes qui ont suivi depuis douze ans notre pratique dans les hôpitaux, et plus spécialement à Saint-Louis, à Lourcine, à Saint-Antoine, au Val-de-Grâce et dans les diverses ambulances de la Société de secours aux blessés où nous avons passé pendant la guerre, savent avec quelle insistance nous nous sommes efforcé d'obtenir des lits pour satisfaire à ce principe.

Mais quelle catégorie d'individus placerons-nous dans ces salles d'isolement ?

Certains chirurgiens y mettent uniquement les malades auxquels ils pratiquent des opérations graves. Nous préférons réserver ces salles à ceux qui sont atteints de complications. Aussitôt qu'un érysipèle menace, nous y transportons le malade ; de cette façon, nous l'isolons des autres blessés ; nous le mettons dans les meilleures conditions pour qu'il guérisse, en même temps que nous évitons la contagion.

L'isolement des plaies est également une question à l'ordre du jour. Que les chirurgiens se proposent de recouvrir la plaie d'une couche imperméable aux miasmes environnants, ou qu'ils les tiennent, comme Lister, dans une atmosphère antiseptique, ils visent toujours le même but.

Pour notre compte, nous avons souvent recours pendant la première semaine au pansement ouaté qui, en nous permettant de faire une légère compression, agit à la fois comme antiphlogistique et comme isolant, et nous favorisons toutes les fois que

nous le pouvons la réunion immédiate. Nous avons soin également que les mèches, la charpie et toutes les pièces du pansement soient toujours trempées dans l'alcool, dont les propriétés désinfectantes sont incontestables. Nous avons soin que l'épaisse couche d'ouate qui entoure les plaies soit souvent renouvelée, afin d'empêcher la stagnation trop prolongée et la résorption des liquides septiques.

Tels sont en peu de mots les principes généraux qui nous guident dans notre pratique. Afin de mettre le lecteur à portée de les apprécier par lui-même, nous allons donner ici un résumé statistique des principales opérations mentionnées dans ce volume et de la mortalité dans notre service pendant les dix-huit mois qu'il relate.

Nous passerons en revue successivement les opérations pratiquées sur les os; les amputations; les ablations des tumeurs; les opérations pratiquées sur le tube digestif, la vessie et l'urèthre; les autoplasties et les opérations pratiquées sur l'œil.

A. — Opérations pratiquées sur les os.

22, parmi lesquelles on a enregistré 19 guérisons et 3 morts.

Voici les détails de ces opérations :

Résections	6
Enlèvements de séquestres	5
Évidements	2
Trépanations	5
Ablations de tumeurs osseuses	4
	22

I. *Résections*. — Une a porté sur le maxillaire supérieur droit pour une ostéite formative de cet os (p. 323).

Une sur le maxillaire inférieur atteint de sarcome myéloïde et ossifiant érectile (p. 337).

Notons encore une résection du coude pour une tumeur blanche (p. 375).

Les autres ont été moins importantes :

Dans l'une on s'est borné à enlever une pointe saillante du tibia à la suite d'une fracture compliquée de plaie (p. 261).

L'autre a porté sur la phalange du gros orteil à la suite d'un accident analogue au précédent (p. 280).

Enfin, une dernière sur le calcanéum à cause d'un épithélioma du talon récidivé (p. 622).

II. *Enlèvements de séquestres.* — Sur les os suivants :

Maxillaire supérieur droit (p. 321).

Maxillaire inférieur droit (p. 299).

Extrémité supérieure de l'humérus (p. 301).

Corps du fémur (p. 303).

Condyle externe du fémur (id.).

III. *Évidements.* — 1° De l'extrémité inférieure du radius gauche (p. 291) ; 2° Du calcanéum droit (p. 619) pour caries de ces deux os.

IV. *Trépanations.* — 1° Du crâne pour un cancer secondaire des os consécutif à une dégénérescence de kystes sébacés du cuir chevelu (p. 328).

2° Dans deux cas, de l'apophyse mastoïde (p. 408 et 410) pour des suppurations abondantes de l'oreille moyenne.

3° De la malléole externe droite pour évacuer un abcès intra-osseux (p. 327).

V. *Ablations de tumeurs des os.* 3 exostoses qui siégeaient :

Sur le maxillaire supérieur gauche (p. 331).

Sur le col chirurgical de l'humérus (p. 74).

Sur le col du fémur (p. 333).

Un sarcome myéloïde du maxillaire inférieur (p. 337).

Enfin un épithélioma tubulé développé dans l'épaisseur des os propres du nez (p. 338).

Les trois décès arrivèrent :

1° A la suite de la résection du maxillaire inférieur. Le malade atteint d'une affection organique du cœur périt par apoplexie pulmonaire dix jours après l'opération.

2° Après la trépanation du crâne. Une méningite purulente enleva la malade le cinquantième jour après l'opération.

3° Enfin, à la suite de l'ablation de l'exostose du col du

fémur. La mort survint par le fait de la septicémie, trente jours après l'opération.

B. — Amputations.

La plupart des amputations mentionnées ont été faites dans des conditions exceptionnellement défavorables, soit comme opérations d'urgence à la suite d'accidents graves, soit chez des individus débilités par des suppurations datant de plusieurs années; aussi avons-nous eu à enregistrer des insuccès multiples. Voici d'ailleurs la statistique dans son effrayante réalité :

1° De la jambe au tiers inférieur pour des troubles de nutrition consécutifs à une ancienne fracture par diastase (p. 624). Guérison.

2° Amputation de l'index et de l'annulaire à la suite de l'écrasement de ces deux doigts (p. 223). Guérison.

3° De l'index seul pour une carie des phalanges (p. 291). Guérison.

4° De la deuxième phalange du pouce à la suite d'une nécrose de l'os (p. 301). Guérison.

5° De la cuisse au tiers supérieur pour un sarcome du poids de 16 kilogrammes (p. 129). Mort par septicémie.

6° De la jambe au-dessous du genou pour une carie du tibia (p. 294-95). Mort par infection purulente.

7° De la jambe au lieu d'élection pour un épithélioma du talon (p. 620). Mort par infection purulente.

8° De la jambe au tiers supérieur pour une fracture comminutive compliquée de plaie et ayant donné lieu à d'abondantes hémorrhagies avant l'entrée du malade (p. 268). Mort par syncope.

9° Des deuxième et troisième orteils avec leurs métatarsiens (p. 293). Mort par septicémie.

On doit considérer que les quatre malades chez lesquels les amputations furent suivies de résultats funestes étaient atteints de maladies qui eussent été mortelles à courte échéance. Nous avons donné, dans notre douzième leçon clinique (p. 126), les

raisons qui nous ont décidé à amputer la malade à la tumeur fibro-plastique de la cuisse. Les conditions des autres opérés n'étaient pas beaucoup meilleures. L'un d'eux était réduit, par une hémorrhagie antérieure, à un état d'anémie extrême. L'amputation était pourtant nettement indiquée chez lui : c'était le seul moyen de se mettre en garde contre des hémorrhagies nouvelles et de substituer une plaie régulière à une plaie contuse, anfractueuse et contenant des fragments d'os multiples. Il n'est nullement étonnant qu'une syncope ait suffi pour l'enlever. Des deux autres, l'un périt par infection purulente, l'autre par septicémie. On doit noter que ce dernier eut un érysipèle. Nous allons montrer un peu plus loin l'influence de la constitution épidémique dans ces cas.

C. — Ablations de tumeurs.

Les tumeurs enlevées non compris celles des os ont été au nombre de 65, que l'on peut classer ainsi, suivant leur nature :

Kystiques	3
Fibreuses	4
Papillaires	3
Vasculaires	5
Ganglionnaires	9
Myxomateuses	5
Graisseuses	5
Éléphantiasiques	1
Cartilagineuses ou fibro-cartilagineuses	2
Fibro-plastiques	6
Épithéliales	14
Cancéreuses	7
Ablation de testicule tuberculeux	1
Total	65

I. *Kystes.* — Tous les trois furent énucléés avec le bistouri : un était un kyste sébacé et occupait le sillon naso-jugal (p. 540) ; les deux autres étaient séreux et se trouvaient dans le creux poplité (p. 609).

II. *Fibromes.* — Un polype fibreux naso-pharyngien fut enlevé

avec la scie-pince (p. 417). Deux autres fibromes, dont l'un occupait l'aile du nez (p. 535) et l'autre le sein chez un jeune homme (p. 487), le furent avec l'instrument tranchant. On eut recours au galvano-cautère pour un fibrome irritable du sein chez une jeune fille (p. 169-170).

III. *Papillomes.* — Deux furent enlevés avec le bistouri (p. 10 et 11) et un avec l'écraseur linéaire de Chassaignac (p. 419). Tous les trois occupaient la langue.

IV. *Angiomes et tumeurs veineuses.* — Deux étaient congénitaux et appartenaient à la variété désignée sous le nom de *nævus maternus.* Ils siégeaient sur la joue (p. 427) et l'épaule (p. 576). Nous les enlevâmes avec le bistouri.

Un angiome caverneux occupant l'épaisseur du masséter fut traité de la même manière (p. 544).

Enfin, deux tumeurs hémorrhoïdaires volumineuses et donnant lieu à des accidents furent enlevées avec l'écraseur (p. 466 et 467).

V. *Tumeurs ganglionnaires.* — Elles étaient de nature et de volume différent : 7 occupaient la région du cou (p. 547 et suiv.), 1 celle de l'aisselle (p. 574), et 1 la région inguinale droite (p. 575). Toutes ont été énucléées ; tous les malades ont guéri.

VI. *Myxomes.* — Deux occupaient les fosses nasales et furent enlevés avec la scie-pince (p. 412-413) ; deux le sein, on fit l'ablation avec le bistouri (p. 478) ; enfin un dernier siégeant sur le col de l'utérus fut opéré de la même manière (p. 517).

VII. *Lipomes.* — Ces tumeurs offraient, en général, un volume plus considérable que celles que nous venons de passer en revue. Une enlevée dans la région sterno-mastoïdienne pesait 5 kilogr. 450 gr. (p. 554). Les autres siégeaient :

Une dans la région sus-claviculaire (p. 562) ;

Deux à la paume de la main (p. 142 et 143) ;

Une à la racine de la cuisse gauche (p. 605).

VIII. *Éléphantiasis.* — Un seul cas siégeant à la paupière supérieure droite. La tumeur fut enlevée avec le bistouri (p. 41).

IX. *Chondromes.* — Un siégeait sur la gaîne du nerf radial (p. 579), un autre dans l'épaisseur de la parotide (p. 550).

X. *Sarcomes.* — Un sarcome fasciculé de l'orbite placé au-dessous du nerf optique nécessita l'énucléation de l'œil pour qu'on put l'enlever (p. 399).

Les autres tumeurs de cet ordre étaient : un sarcome myéloïde du plancher de la bouche (p. 437) ; deux sarcomes fasciculés, l'un du dos (p. 565), l'autre de la paroi abdominale (p. 567) ; un fibro-sarcome du pli fessier (p. 601) ; enfin un cysto-sarcome du sein gauche (p. 479). Toutes ces tumeurs furent enlevées avec le bistouri.

XI. *Épithéliomas.* — Ces tumeurs ont été les plus nombreuses de toutes. Les procédés employés pour les enlever ont varié selon leur volume et les régions qu'elles occupaient. En voici l'énumération d'après leur siége :

Conduit auditif externe	1
Enlevé avec l'anse galvano-caustique. Récidive au bout d'un mois (p. 162).	
Cuir chevelu (p. 532)	1
Paupières (p. 395-396)	3
Extrémité antérieure du nez (p. 536)	1
Lèvres (p. 537)	2
Joue (p. 540)	1
Toutes ces tumeurs ont été enlevées avec le bistouri.	
Rectum	2
Cloison recto-vaginale	1
Enlevées avec l'écraseur et le galvano-cautère (p. 463-464).	
Col de l'utérus	2
1 évidement avec le bistouri, 1 avec le cautère actuel (p. 518-519).	
Total	14

XII. *Cancers.* — Nous avons opéré sept cancers de différentes formes. Cinq occupaient le sein, et parmi eux quatre furent enlevés avec le bistouri (p. 481-82-83-84), un avec la pâte au chlorure de zinc (p. 486) ; un autre cancer s'était développé dans les téguments de l'aisselle (p. 574), et un dernier sur ceux du bras gauche (p. 579).

Sur ces 65 ablations de tumeurs on a compté 9 décès :

1° A la suite de l'ablation d'un épithélioma du cuir chevelu la malade mourut d'une pneumonie (p. 532).

2° Après une énucléation de l'œil pour un sarcome fasciculé de l'orbite, la cause de la mort fut une *méningite purulente* (p. 399).

3° A la suite de l'ablation de trois tumeurs du sein, un cancer, un sarcome kystique et un myxome. Les malades moururent d'érysipèle (p. 479-486).

4° Une autre ablation de cancer du sein fut également suivie de mort, mais la cause du décès resta *inconnue* (p. 483).

5° L'enlèvement d'un épithélioma du rectum avec l'anse galvano-caustique produisit la mort au bout de vingt-cinq jours par épuisement (p. 463).

6° Après l'ablation d'un nævus de l'épaule et d'un ganglion de l'aisselle dégénéré. Le malade mourut d'une bronchite capillaire (p. 576).

7° Enfin, la mort survint par infection purulente à la suite de l'enlèvement d'un kyste du creux poplité (p. 609).

D. — Opérations pratiquées sur le tube digestif, la vessie et l'urèthre.

Quatre opérations de hernies étranglées, une hernie inguinale (p. 445), deux hernies crurales (p. 447-448), et une hernie ombilicale (p. 452). Une guérison, trois morts : l'une par péritonite partielle, l'autre par érysipèle, la troisième, enfin, par emphysème sous-cutané et gangrène consécutive.

Cinq rectotomies pour rétrécissements du rectum. Cinq guérisons (p. 457-58-59-60-61).

Deux tailles prérectales. Une guérison (p. 116), une mort par infection purulente (p. 115).

Trois uréthrotomies internes. Trois guérisons (p. 495-499 et 501), une mort par hémorrhagie rénale (p. 501).

Trois divulsions. Deux guérisons (p. 499-500). Un décès (p. 495).

E. — Autoplasties.

Deux staphylorrhaphies : une avec succès complet (p. 33), une autre avec réussite partielle. Cette dernière opération avait été accompagnée d'une ouranoplastie (p. 33).

Une ouranoplastie suivie de succès complet (p. 435).

Les autres opérations de ce genre ont porté sur les organes génitaux de la femme.

Ce sont :

Une périnéorrhaphie suivie de succès complet malgré la survenance d'un érysipèle (p. 520).

Une oblitération du vagin pour une fistule intéressant à la fois la vessie, le vagin et la lèvre antérieure du col de l'utérus (p. 522). La création d'un vagin artificiel pour une difformité congénitale (p. 525).

F. — Appareil de la vision.

Extractions de deux cataractes, suivies de succès complet (p. 99 et 404).

En résumé, sur 121 opérations pratiquées dans un milieu hospitalier et beaucoup dans des conditions déplorables, nous avons eu 100 guérisons et 22 morts. Nous ferons même remarquer que nous ne comptons pas dans cette statistique des opérations d'une certaine gravité par elles-mêmes, comme les débridements de fistules à l'anus, les ouvertures d'abcès, l'extirpation de certains petits kystes, les cautérisations superficielles pour des cancroïdes de la peau, etc. Toutes ces dernières, sans exception, nous ont réussi, comme ont pu le voir ceux qui ont parcouru ce recueil, de sorte que cette proportion de 82 p. 100 de succès appartient uniquement à des opérations graves parmi lesquelles les ablations de tumeurs sont au nombre de 65, et qui, pour la plupart, sortent de la pratique courante de la chirurgie.

Voyons maintenant à quelles époques et dans quelles conditions l'érysipèle et l'infection purulente se sont montrées dans nos salles :

Époque de l'apparition des érysipèles et des infections purulentes.

Grâce aux précautions que nous avons toujours prises pour l'isolement des malades infectés, nous n'avons jamais eu affaire à ces épidémies formidables qui obligent parfois des chirurgiens très-habiles à s'abstenir pendant plusieurs mois de toute opération.

Ainsi, au mois de mars 1874 nous fûmes menacés d'une épidémie d'infection purulente. Le premier atteint fut un malade cachectique et qui n'avait subi qu'une opération insignifiante : ouverture d'un abcès de la marge de l'anus. Il mourut le 17 mars, et le 21 mars on constatait le premier frisson de la pyhémie chez un amputé de la jambe. Les autres cas furent isolés et se présentèrent tous à des époques éloignées les unes des autres. Voici leurs dates :

Premier frisson, le 3 mai 1874, chez une femme entrée pour une fracture de jambe compliquée de plaie ; le 9 août de la même année, chez un homme auquel on avait enlevé un kyste du creux poplité ; le 4 novembre de la même année, chez un amputé de la jambe ; enfin, le 22 mars 1875, chez un jeune homme auquel nous avions pratiqué la taille.

Pour les érysipèles on peut faire la même remarque. Dans certains cas pourtant la maladie apparut en même temps chez plusieurs opérés. Dans d'autres, malgré l'isolement immédiat des malades, elle reparut au bout de quelque temps, et cela plusieurs mois de suite.

Le premier érysipèle de l'année 1874 se montra le 5 janvier chez un jeune homme opéré d'une tumeur à myéloplaxes.

Au mois d'avril de la même année (les 24 et 25) apparurent des érysipèles chez deux opérés de la salle des hommes (tous deux pour des tumeurs du cou) ; on les isola et on n'eut plus dans l'année que deux érysipèles dans la même salle, l'un qui se montra le 22 août autour d'une plaie contuse de la jambe, l'autre le 19 novembre à la suite d'une fracture compliquée de plaie.

On doit noter que pendant cet intervalle il était entré du dehors, le 9 juillet de la même année, un malade avec un érysipèle phlegmoneux de l'avant-bras. Il fut isolé le jour même de son entrée, et l'on n'eut à compter à ce moment avec aucun autre dans la salle des hommes.

Pendant les cinq premiers mois de 1875 nous n'avons enregistré que trois érysipèles : un autour des orifices par lesquels passait un tube à drainage le 1er janvier, un second à la suite d'une énucléation de l'œil le 11 janvier; les deux autres apparurent à cinq jours d'intervalle (le 8 et le 13 avril), chez un jeune homme auquel on avait enlevé un fibrome du sein, et chez un amputé.

Les choses se sont passées de la même manière pour la salle des femmes. Du 1er janvier 1874 au 15 juin 1875, nous trouvons :

Le 4 mars 1874, érysipèle chez une femme opérée de hernie ombilicale étranglée.

Le 27 mai 1874, érysipèle chez une femme entrée pour une fracture compliquée de plaie.

Le 17 juin 1874, érysipèle à la suite d'une périnéorrhaphie.

Le 21 juillet 1874, érysipèle à la suite de l'ablation d'un sarcome kystique du sein.

Le 1er août 1874, érysipèle consécutif à la formation d'un vagin artificiel.

Le 26 août 1874, érysipèle à la suite de l'ablation d'un myxome du sein.

Le 26 novembre 1874, érysipèle après l'ablation d'un épithélioma du cuir chevelu.

Enfin, le 26 février 1875, érysipèle chez une femme à laquelle on avait enlevé un cancer du sein.

FIN DE LA DEUXIÈME PARTIE.

APPENDICE

APPENDICE

OPÉRATIONS DE GASTROTOMIE

Notre première intention, en vue d'établir notre statistique générale, avait été de ranger rigoureusement, dans l'ordre où elles ont eu lieu, les diverses opérations de gastrotomie que nous avons pratiquées ; mais cet ordre, peu conforme déjà aux habitudes scientifiques, ne devait offrir, en outre, qu'un bien faible intérêt pour le lecteur. Tout en le conservant autant que possible, il nous a paru plus profitable de créer au moins quelques grands groupes, et de faire séparément l'énumération des tumeurs liquides et des tumeurs solides ou demi-solides de l'abdomen, car cette simple division suffit à entraîner, jusqu'à un certain point, une distinction dans le siége des productions morbides.

Sans doute il eût mieux valu encore recourir à une méthode plus rigoureuse, et, adoptant l'ordre anatomique, grouper, dans ces tableaux, les diverses tumeurs justiciables de la gastrotomie d'après le nom de l'organe qui leur avait donné naissance. On verra que nous avons tenté de suppléer à ce *desideratum* dans quelques paragraphes des considérations dont nous avons fait suivre cet exposé. Mais voulant nous en tenir pour l'instant à mettre sous les yeux des médecins un relevé général et complet des gastrotomies que nous avons pratiquées, les deux grandes divisions que nous venons d'indiquer, si défectueuses qu'elles soient, nous ont paru répondre suffisamment à cette intention.

On trouvera donc, rangées en deux grandes séries, les observations très-abrégées des 221 malades que nous avons soumises

à la gastrotomie depuis le 1er novembre 1864 jusqu'au 31 décembre 1875.

Dans la première série (de l'obs. I à l'obs. CXCI) sont classées toutes les tumeurs liquides développées dans un des organes de l'abdomen : ovaire, ligament large, épiploon, mésentère, bassin, péritoine, rate.

Dans la seconde (de l'obs. CXCII à l'obs. CCXXI), les tumeurs solides siégeant dans l'épaisseur même de l'utérus, dans son voisinage ou sur l'ovaire, le mésentère, le ligament large. A côté de ces tumeurs solides se trouvent rangées quelques observations de tumeurs à la fois solides et liquides (fibro-cystiques), ou complétement liquides (utéro-cystiques), mais ayant toutes leur siége dans l'épaisseur même de l'utérus et ayant nécessité l'amputation plus ou moins complète de cet organe.

Cet ordre, tout en s'écartant de celui qu'exigerait une exposition scientifique, nous paraît, par contre, se prêter mieux aux exigences d'un simple relevé statistique, et nous répétons que c'est à établir ce relevé que nous bornons aujourd'hui notre prétention.

ABRÉVIATIONS DE L'APPENDICE

—

Nous avons adopté les abréviations suivantes pour indiquer soit la disposition intérieure de la tumeur, soit la nature du contenu. Pour les kystes à plusieurs loges et à contenus divers, nous avons indiqué surtout la nature des liquides prédominants par leur quantité et nous avons placé en tête celui qui l'emportait par son abondance.

Voici donc la signification des signes employés :

1° *Pour la disposition du kyste :*

U = Uniloculaire ;

M = Multiloculaire ;

Mi = Mixte, c'est-à-dire à une ou à plusieurs loges, mais avec une ou plusieurs portions aréolaires ;

Ar = Complétement aréolaire ;

2° *Pour la nature du contenu :*

Sé = Séreux ;

Vis = Visqueux ;

Gé = Gélatineux ;

H = Hématique, sanguin. (Ce signe a été employé invariablement, que le contenu soit franchement sanguin, ou simplement dérivé d'un liquide primitivement sanguin, mais altéré par un séjour plus ou moins long dans la cavité kystique. Il comprend donc en réalité les liquides *chocolat*, *café au lait*, etc., que ceux-ci soient encore limpides, ou, au contraire, plus ou moins filants, visqueux, etc.)

Pu = Purulent.

GASTROTOMIES PRATIQUÉES POUR L'ABLATION DE TUMEURS LIQUIDES

De l'ovaire, du ligament large, de l'épiploon, du mésentère, du bassin, du péritoine, de la rate,

Depuis le 1er novembre 1864 jusqu'au 31 décembre 1875.

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ARHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
1	Novembre 1864.	30	G.	M.	H.	Adhérences avec l'épiploon, dont une partie est liée et excisée, avec l'intestin, l'utérus et le péritoine pariétal. Plusieurs ligatures perdues. Le moignon épiploïque est réduit dans l'abdomen avec les deux anses métalliques ; toilette du péritoine. Pédicule fixé à l'angle inférieur (clamp). 10 litres de liquide chocolat.	Guérison.	Depuis, 2 grossesses heureusement terminées.
2	Juillet 1865.	38		M.	Sé. H. Pu.	Adhérences, en avant, avec le péritoine pariétal ; à droite, avec le grand épiploon ; en haut et en arrière, avec les intestins. Péritonite suppurée, due à la rupture dans le ventre d'une loge du kyste. 30 litres de liquide. Poids de la tumeur, 13 kilogr. Toilette du péritoine. Plusieurs ligatures perdues. Pédicule à l'angle inférieur (clamp).	Guérison.	Présentée à l'Académie de médecine en 1866.
3	1865.	40	D.	M.		Kyste multiloculaire ayant déterminé par son extrême développement des accès d'angine de poitrine. Adhérences générales avec les parois, le grand épiploon, le foie, l'estomac, le côlon transverse, la vessie, toutes très-solides et très-vasculaires. Un grand nombre de ligatures perdues. Pédicule fixé à l'angle inférieur (clamp).	Morte par accidents thoraciques.	
4	1866.	38	G.	M.	Vis.	Adhérences pariétales et viscérales nombreuses et résistantes. Large implantation de la tumeur sur le fond de l'utérus. Celui-ci fixé entre les lèvres de la plaie, à côté du pédicule du kyste, après avoir été étreint dans un clamp. Poids de la tumeur, 17 kilogr.	Guérison.	
5	Janvier 1867. Dr Baldy.	46	G.	M.	Sé. Pu.	Tumeur fibro-cystique très-volumineuse de l'ovaire gauche, compliquée d'une double grossesse extra-utérine, d'ascite (10 litres) et d'exomphale. Adhérences très-graves et très-étendues. — Ablation par le morcellement, suivie de la cautérisation de la surface d'implantation.	Guérison.	
6	12 octobre 1867.	27	D.	U.		Adhérences très-épaisses et presque générales. Excision d'une partie du sac ; conservation de la portion qui ne peut être rendue libre ; canule à demeure ; traitement par suppuration.	Guérison.	

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
7	30 décembre 1867. Dr Dupont.	43	G.	M.	Vis.	Adhérences graves. Pédicule très-court et très-large, à base fibreuse, détaché par le morcellement, suivi de la cautérisation.	Guérison.	
8	17 février 1868.	38	D.	M.		Adhérences graves. — Excision de l'épiploon et du pédicule par écrasement, suivi de cautérisation.	Guérison.	
9	1868. Dr Marchal (de Calvi).		ligt large.	M.		Adhérences vasculaires généralisées.— Implantation sur le ligament large droit, par un pédicule très-court ; cautérisation au fer rouge de toute cette surface. Huit ligatures perdues. Malade épuisée par la fièvre hectique.	Mort.	
10	23 avril 1868. Dr Maxim. Legrand.	35	ligt large.	M.		Kyste multiloculaire de l'ovaire et du ligament large, simulant par la largeur de son pédicule une tumeur fibro-cystique de l'utérus. — Pas d'adhérences. — Détachement par morcellement suivi de la cautérisation. — Plusieurs ligatures perdues. — Tube de verre dans le bassin. — Poids de la tumeur, 18 kilogr. (Premier emploi du ligateur automatique du docteur Cintrat.)	Mort par péritonite pelvienne.	
11	1er août 1868. Dr W. Regnault.		G.	M.	Vis.	Adhérences avec la paroi abdominale antérieure. — Poids du liquide. 15 kilogr.; poids du sac et des parties aréolaires, 14 kilogr. — Prolapsus utérin. — Pédicule à l'angle inférieur (clamp).	Guérison.	
12	Septembre 1868. Dr Empis.	31		M.	Pu.	Adhérences nombreuses avec la paroi antérieure ; ligatures perdues et cautérisations au fer rouge. Résection au fer rouge d'une portion d'épiploon adhérent et saignant ; adhérences avec l'épiploon. Section du pédicule avec le cautère actuel.	Mort par épuisement.	
13	28 décembre 1868. Dr Blanchard.	28	D.	M.	Vis.	Adhérences pariétales et viscérales très-étendues, très-vasculaires. Large implantation sur le fond de l'utérus. Pédicule saisi dans un clamp. Poids de la tumeur, 23 kilogr.	Guérison.	Présentée à l'Académie en 1869.
14	1er janvier 1869. Dr Mollien.	33		M.	H	Adhérences très-étendues avec la paroi abdominale antérieure, le foie, l'estomac, l'intestin grêle, la fosse iliaque gauche et le rectum. Elles sont résistantes, fibreuses, modérément vasculaires. Pédicule assez long ; clamp à chaîne à l'angle inférieur.	Guérison.	
15	30 janvier 1869.	35		M.		Adhérences extrêmement étendues existant principalement entre le kyste et les parois abdominales. Clamp à chaîne tombé le douzième jour. Plusieurs abcès de la paroi apparaissent trois semaines après l'opération et rendent la guérison tardive (six semaines).	Guérison.	
16	Février 1869.		Les 2 ovaires.	M.	Ge.	Paysanne cachectique. Début de la tumeur remonte à six ans. Pas d'adhérences ; extirpation des deux ovaires qui sont devenus le siége de productions kystiques. Contenu brunâtre. Poids des deux tumeurs, 20 kilogr.	Morte le 12e jour, soins insuffisants et surtout action du froid.	

18	18 juillet 1869. Dr Nélaton.	66	[illegible]	M.	Gé. Pu.	[illegible] malade arrivant de Russie. [illegible] (12 litres), péritonite consécutive. Adhérences générales ; nombreuses ligatures et cautérisations au fer rouge. Liquide recueilli, 48 litres.	Morte de péritonite.	
19	1er septembre 1869.	44		M. un kyste pileux.	Vis.	Adhérences nombreuses très-vasculaires ; adhérences avec l'utérus. Application d'un clamp sur le pédicule.	Guérison.	
20	27 octobre 1869.	29		U.		Kyste peu volumineux, mais tellement adhérent dans toute sa surface, qu'une très-petite portion seulement put être excisée. Le reste du sac fut conservé et traité par suppuration.	Guérison.	
21	1869.	65				Les règles ont cessé depuis dix ans. Reconnaissance de la tumeur il y a quatre ans. Adhérences généralisées, surtout solides et résistantes à la partie supérieure du kyste qui atteint l'épigastre.	Mort par péritonite.	
22	Janvior 1870.	19		M.		Kyste enflammé et adhérent ; refus de laisser pratiquer la gastrotomie ; traitement par la sonde à demeure ; résultats immédiats favorables (1). Mais une récidive se produisit bientôt, et la malade fut opérée par la gastrotomie l'année suivante. (Voy. l'observation n° 44.)	Guérison temporaire.	
23	23 janvier 1870.	29	G.	M.		Adhérences généralisées. Pédicule étreint dans un clamp. Affection du foie avancée.	Morte par hépatite aiguë.	
24	30 janvier 1870.			M.	Gé.	Tumeur énorme ; adhérences pelviennes et très-vasculaires. Application du tube de verre de Kœberlé pour assurer l'écoulement du pus.	Morte par péritonite développée autour du tube.	
25	Mars 1870.	52	G.	M.		Pas d'adhérences avec la paroi abdominale ; adhérences avec l'épiploon ; adhérences très-nombreuses et très-solides sur les côtés et en arrière, notamment avec les intestins. Ligatures perdues. Le pédicule épais et large est traversé d'un double fil métallique, et lié ensuite en deux parties, enfin fixé à l'angle inférieur de la plaie.	Guérison.	
26	3 avril 1870.	47	D.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
27	8 mai 1870. Dr Nélaton.	36		M.	Vis. Pu.	Adhérences très-étendues, molles et vasculaires. Pédicule extrêmement volumineux (comme le poignet) saisi dans la chaîne d'un clamp.	Guérison.	
28	7 juin 1870.	27	G.	M.	Sé.	Pas d'adhérences, Liquide recueilli, 8 litres. Pédicule saisi dans un clamp et fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	Depuis, une grossesse heureusement arrivée à terme.
29	29 juin 1870.	33		U.		Kyste uniloculaire de petit volume, mais s'étant rompu trois fois, et ayant causé à chaque fois des symptômes de péritonite. Adhérences généralisées des plus solides qu'il est impossible de détacher. Conservation de la portion la plus profonde du sac. et traitement par suppuration.	Guérison,	
30	1870.	45		Mi.	Ge.	Adhérences très-larges, et surtout résistantes à gauche ; épiploon adhérent et section d'une de ses parties. Hémorrhagies en	Guérison (2).	

(1) Cette observation a été publiée in *Ovariotomie et Splénotomie* (2e édition, 1869, p. 167), et je la donnais alors comme un beau résultat du traitement par la sonde à demeure ; j'ai dû malheureusement être désabusé par la suite.
(2) Pendant le traitement, une péritonite enkystée de la fosse iliaque droite qui s'est ouverte spontanément, Par la suite, canule dans le sac pendant dix-huit mois. Étranglement interne en 1874, dont elle a guéri.

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						nappe; ligatures perdues; perchlorure de fer avec le doigt. Pédicule large pris dans la chaîne du clamp. Quantité du liquide, 18 litres.		
31	Juillet 1870.	46	G.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. Pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie.	Prise de tetanos le 24e j. et morte le 32e j.	
32	1870.			M.	Sé, Pu.	La plus grande poche remplie de pus, les autres de sérosité. A la périphérie petits kystes ayant la forme d'un verre de montre. Adhérences généralisées très-résistantes et très-vasculaires; parois kystiques si friables que l'extraction devint très-difficile. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
33	1870.	28		M.	Pu.	Opérée très-peu de temps après une péritonite des plus graves; état général très-mauvais. Tumeur très-grosse, couverte d'adhérences générales et à parois très-friables; elles se rompent en un point, et laissent passer un peu de pus dans le ventre. Toilette attentive du péritoine.	Morte par épuisement.	
34	1870.	45				Adhérences généralisées, fibreuses et d'une épaisseur exceptionnelle (de 2 et 3 centimètres), se divisant en feuillets sous les tractions. A commis l'imprudence de se lever le cinquième jour; la suture se désunit; une péritonite se déclara.	Morte par péritonite,	
35	Septembre 1870. Dr Buffay.	30				Kyste très-volumineux; adhérences étendues. Pédicule fixé à l'angle inférieur. Opérée au moment du blocus de Paris.	Mort. (1)	
36	24 juin 1871. Dr Halmagrand.	49		Mi.	Vis.	Adhérences résistantes et vasculaires avec les parois abdominales; huit ligatures perdues. Pédicule à l'angle inférieur. 20 litres de liquide.	Guérison.	
37	11 juillet 1871. Dr Paul Bert.	43	G.	M.		Une grossesse à terme pendant l'évolution du kyste. A la suite, injection iodée, péritonite. Gastrotomie : adhérences généralisées très-résistantes et très-vasculaires; un grand nombre de ligatures perdues. Quantité du liquide, 22 litres; poids des parois, 5100 grammes. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
38	20 juillet 1871.	33	G.	M.	Sé.	Une grossesse pendant l'évolution du kyste; accouchement au septième mois sous l'influence d'une variole grave. Gastrotomie : peu d'adhérences; 18 litres de liquide; poids du sac, 2150 gram. Pédicule grêle fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	A succombé en 1873 à un cancer des parois abdominales.
39	25 août 1871. Dr Houzelot.	37	G.	U.		Pas d'adhérences. Liquide, 10 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
40	28 août 1871.	35	G.	M.	Vis. Pu.	Adhérences très-vasculaires avec la paroi abdominale anté-	Guérison	

						gnantes. Une trentaine de ligatures perdues. 20 litres de liquide.	
						au cours de l'opération, sous l'influence d'un vomissement ; adhérences généralisées des plus résistantes; ablation d'une portion du sac; conservation du fond; canule à demeure et traitement par suppuration. 25 litres.	
43	26 septembre 1871.	22			Sé.	Adhérences généralisées très-vasculaires et extrêmement solides au-dessous du foie; compression prolongée avec les pinces restant insuffisante, puis ligatures perdues. 21 litres de liquide. Pédicule à l'angle inférieur.	Succombe le 18e jour par péritonite partielle.
44	1871. Drs Huguier et Barth.	20		M.	Sé. Pu.	Récidive d'un kyste que nous avions pensé guéri par la sonde à demeure (obs. 22 ci-dessus). Gastrotomie; adhérences généralisées, les unes anciennes, fibreuses et très-solides; les autres plus récentes, friables et très-vasculaires. Pédicule à l'angle inférieur. La loge antérieurement traitée, remplie de liquide purulent; le liquide des autres loges qui s'étaient développées depuis séreux.	Guérison.
45	16 octobre 1872.	46		M.	Sé.	Adhérences généralisées très-résistantes, fort fibreuses par places, très-vascularisées dans d'autres. Excision d'une partie du sac; conservation du fond; canule à demeure, et traitement par suppuration.	Guérison.
46	19 octobre 1871.	54		M.	Sé.	Adhérences très-limitées. 22 litres de liquide. Loges extrêmement nombreuses. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.
47	28 novembre 1871.	38	G.	U.	H. Pu.	Adhérences très-étendues, résistantes et vasculaires, principalement dans la moitié droite. Conservation du fond du kyste. Canule à demeure et traitement par suppuration.	Guérison.
48	1871.	35		M.	Sé.	Adhérences peu nombreuses et peu étendues, molles et vasculaires. Quantité du liquide, 17 litres.	Guérison.
49	1871.			Cancer colloïde.		Dégénérescence de l'épiploon et d'une grande partie du feuillet viscéral du péritoine.	Mort.
50	1871 Dr Siry.	45		M.	Très-vis.	Traitée pendant plusieurs mois par les drastiques pour une ascite simple, d'où épuisement et fonctions digestives abolies. Parois du kyste très-minces et très-molles; adhérences générales et très-solides avec la paroi abdominale et les viscères. Contenu si visqueux qu'il fallut l'extraire avec la main.	Morte subitement le 12e jour. Peut-être syncope, peut-être embolie.
51	1871. Dr W. Regnault.			M.	Pu.	Adhérences très-étendues et surtout générales au fond du bassin. Le quatrième jour, péritonite pelvienne. Incision avec le bistouri du cul-de-sac postérieur du vagin; écoulement d'un liquide purulent, épais et fétide; sonde à demeure et lavages; à la suite, dysentérie violente (influence épidémique). Convalescence longue.	Guérison.
52	1871.	31		M.	Vis.	Parois kystiques minces et peu résistantes. Adhérences molles et friables. Liquide, 12 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.

(1) Extrême frayeur causée par le bruit des armes à l'arrivée des Prussiens; se lève; désunion de la suture des parois; péritonite; manie aiguë.

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
53	1871.	40	2 ovaires.	M.	Pu.	Adhérences généralisées. Tumeurs complétement suppurées et parois tellement ramollies, qu'elles se déchirèrent en tous sens au moment où on les piqua avec le trocart. Contamination du péritoine par le pus. Toilette soignée du péritoine. Les deux pédicules fixés à l'angle inférieur.	Mort le 3e jour par péritonite.	
54	21 décembre 1871.	33		M.	Vis.	Pas d'adhérences. Contenu du kyste, 9 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
55	11 janvier 1872.	55		Cancer kystique.		Les 2 ovaires ont été enlevés, péritoine envahi.	Mort.	
56	22 février 1872.	25		M.	Se.	Kyste très-peu adhérent. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
57	25 mars 1872.	38				Kyste complétement adhérent. Impossibilité d'énucléer. Traitement par suppuration.	Mort.	
58	13 mars 1872.	28				Kyste complétement adhérent. Adhérences anciennes très-fibreuses par places, très-vasculaires dans la majeure partie. Péritoine très-éraillé. Ligatures à demeure.	Mort.	
59	4 avril 1872.	34		Ar.	Vis.	Kyste très-adhérent dans presque toute sa surface, mais les adhérences rompues saignent peu. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
60	10 avril 1872.	44		M.	Pu.	Kyste complétement suppuré et adhérent sur de très-grandes surfaces, mais adhérences molles et friables. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
61	9 mai 1872.	59		M.	Sé.	Kyste ne présentant que des adhérences peu étendues. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
62	14 mai 1872.	46		M.	Sé.	Adhérences très-étendues, mais se laissant assez facilement détacher. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
63	30 mai 1872.	43		M.	Sé.	Adhérences générales fibreuses et vasculaires avec la paroi abdominale, l'épiploon et la fosse iliaque gauche. Quantité du liquide, 7 litres. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
64	Juin 1872. Dr Isambert.	50		M.	Vis. Pu.	Adhérences à peu près générales avec les parois abdominales et les viscères. Ponction d'une grande loge, 18 litres; ablation de la partie aréolaire par la méthode de morcellement. Énormes vaisseaux, surtout dans la moitié droite du bassin, comprimés d'abord à l'aide des pinces. Absence de pédicule; large implantation sous-péritonéale depuis l'utérus, auquel la tumeur adhère jusqu'au niveau du cæcum et de l'appendice vermiculaire, dans toute	Guérison.	

						[illegible] l'espace saignant; quelques ligatures perdues sur des vaisseaux moins importants; enfin, six pinces laissées à demeure. On place à l'angle inférieur les pinces hémostatiques, les deux liens métalliques, celui de la ligature en masse et celui qui a été placé sur le gros vaisseau de l'utérus qui avait donné tout à coup.		
65	30 juillet 1872. Dr Cusco.	27	D.	U.	Vis. Pu.	Plusieurs injections iodées. Adhérences généralisées trop étendues et surtout trop résistantes pour pouvoir être rompues. Extirpation d'une portion de la poche; conservation du fond, traitement par la canule à demeure et suppuration.	Guérison.	
66	4 août 1872. Dr Schloss.	50	G.	M.	Vis.	Ascite abondante, mélangée de caillots sanguins; tout au fond du bassin liquide épais, visqueux et noirâtre, provenant d'une ponction faite quelques jours avant. Adhérences nombreuses, surtout du côté gauche, modérément vasculaires; adhérences fibreuses avec l'intesitn et l'épiploon; en bas, adhérences molles dans l'excavation pelvienne. Toilette du péritoine. Ligature du pédicule qui est fixé à l'angle inférieur de la plaie. Liquide recueilli, 9 litres; poids du sac, 750 grammes.	Morte le 17e jour de dysentérie. Aucun symptôme du côté du ventre. L'autopsie n'a pu être faite.	
67	12 septembre 1872, Dr Campbell.	53	D.	M.	Sé. Vis.	Adhérences peu étendues, molles et friables, du côté droit, et avoisinant le point où plusieurs ponctions ont été faites. Parois du kyste très-minces et sans résistance. Pédicule mince et court fixé à l'angle inférieur. Liquide, 12 litres; poids du sac, 650 grammes.	Guérison.	
68	3 octobre 1872. Dr Paul Bert.	36	G.	M.	Sé.	Adhérences très-restreintes. Pédicule à l'angle inférieur. Poids du sac, 1350 grammes. Liquide recueilli, 12 litres.	Guérison.	
69	5 octobre 1872.			U.	H.	Adhérences générales avec les parois abdominales et les viscères, mais assez friables pour pouvoir être détachées. Ligature du pédicule, qui est fixé à l'angle inférieur. Productions verruqueuses sur la face interne de la poche.	Guérison.	
70	1872. Dr Diard.	48	Utérus et bassin.	Cancer encéphaloïde et kystique.		Masse encéphaloïde occupant l'utérus et une partie du péritoine génital, creusée de quelques petites loges, ayant succédé à un fibrome paraissant de bonne nature au début; hystérotomie.	Morte de tétanos le 17e jour.	
71	11 octobre 1872.	32		U.	H.	Énorme kyste à contenu sanguin, partiellement adhérent. Ligature du pédicule qui est fixé à l'angle inférieur. La poche, mince, est comme macérée.	Guérison.	
72	5 novembre 1872. Dr Nélaton.	38		Tumeur intestinale ascite.		Malade chez laquelle la présence d'une tumeur abdominale (?) avait fait croire à l'existence d'un kyste ovarique, et qui subit pour ce fait deux ponctions suivies d'injections iodées. Vue plus tard par le professeur Nélaton, elle présentait une extrême distension des parois du ventre par une collection liquide. En certains points, on sentait la présence d'une masse dure, irrégulière, bosselée, comme aréolaire, M. Nélaton, trompé par les affirmations des médecins traitants, crut également à un kyste, et nous adressa la malade pour l'opérer. Incision exploratrice; écoulement d'une vingtaine de litres de liquide ascitique. La masse intestinale, les épiploons et le péritoine viscéral colorés en rouge vineux et chroniquement enflammés, sans doute par les injections iodées précédentes, sont agglutinés entre eux par des adhérences solides	Guérison.	Nous avons su que la malade avait succombé q.q. mois plus tard aux progrès de l'entéro-péritonite adhésive

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						et fibreuses, et forme un seul paquet pelotonné sur lui-même (entéro-péritonite adhésive généralisée).		
73	26 novembre 1872. Dr Paul Bert.	31	G.	M.	Sé. Vis.	Adhérences assez étendues, mais molles et friables. Parois kystiques complétement ramollies et sans résistance, se coupant sous la pince et se déchirant à la moindre traction. Pédicule fixé à l'angle inférieur. Poids du sac, 2240 grammes. Quantité du liquide, 11 litres.	Guérison.	
74	23 décembre 1872. Drs Charneaux et Paul Regnault.	38	G.	Mi.	Sé. H. Vis	Adhérences considérables siégeant principalement du côté gauche. Kyste pileux dans l'épaisseur du pédicule. Poids du sac, 1900 grammes; liquide, 18 litres.	Guérison.	
75	30 Janvier 1873. Dr Billard.	46	G.	M.	Sé.	Adhérences nombreuses et étendues, surtout du côté gauche; adhérences avec l'épiploon, les intestins, le fond du bassin et le rectum. Parois kystiques très-minces. Plusieurs cautérisations au fer rouge; cinq ligatures perdues. Pédicule de gros volume et parcouru par de forts vaisseaux. Ligature en deux moitiés avec le serre-nœud, puis fixation à l'angle inférieur. Petit kyste pileux (comme une noix) dans l'épaisseur du pédicule. Quantité du liquide, 18 litres; poids du sac, 1900 grammes.	Guérison.	Morte de cancer abdominal en 1876.
76	13 février 1873.	56	G.	Mi.	Gé. Pu. H.	Deux injections iodées. Tumeur complétement adhérente, surtout avec les intestins. Nombreux espaces aréolaires; la majeure partie des loges purulentes; quelques-unes hématiques. Pédicule large, adhérent au côté droit de l'utérus. Fixé à l'angle inférieur de la plaie. Pendant le décollement des adhérences, première application des pinces en T et des pinces en cœur, imaginées pour l'extirpation des tumeurs fibreuses. Quantité du liquide, 12 litres; poids du sac, 4750 grammes.	Morte le 3e jour (choc).	
77	23 février 1873.	54	D.	Mi.	Vis.	Rupture traumatique (chute) du kyste cinq mois avant l'opération; péritonite. Quelque temps après, ponction; nouvelle péritonite. Adhérences généralisées, très-intimes et très-vasculaires, avec toute la paroi abdominale antérieure, surtout à droite. Ligatures perdues et compression manuelle des surfaces éraillées. Grande quantité de caillots sanguins dans le kyste; 22 litres de liquide recueilli; poids du sac, 4840 grammes. Pédicule à l'angle inférieur.	Morte de péritonite à la fin du 2e jour.	
78	27 février 1873. Drs Vernaison et Fleury.	26	D.	Mi.	Sé. H. Pu.	Rupture spontanée du kyste, pendant une péritonite aiguë, dix-huit mois avant. On croit à la guérison, puis réapparition de la tumeur. Malade très-délicate, en outre très-épuisée, par des retours aigus de péritonite incessants. Adhérences peu étendues avec la paroi abdominale antérieure, très-intimes avec l'épiploon, mais peu vascularisées; en revanche, générales et très-	Morte le 14e jour d'épuisement. La fin fut motivée par le refus absolu de prendre des aliments.	

						et très-court, fixé à l'angle inférieur.		
79	18 mars 1873.	26	D.	M.	Pu. Séb.	Grossesse pendant l'évolution du kyste, et avortement à quatre mois. A la suite, symptômes d'obstruction intestinale revenant périodiquement. Ponction du kyste, suivie de péritonite partielle et de nouveaux accidents d'obstruction. Opération. Kyste multiloculaire à contenu purulent et sanguin. Adhérences généralisées si vasculaires, qu'on se borne à enlever une portion de la poche. Ouverture d'une loge représentant un véritable kyste pileux contenant des cheveux en abondance, des dents, et près de 2 litres de matière sébacée très-fluide. Conservation de la partie profonde du sac qui est traitée par suppuration ; trois tubes de caoutchouc disposés dans l'intérieur.	Guérison.	Une grossesse arrivant à terme en juillet 1874, accouchement heureux. 2e accouchement heureux, en 1876.
80	3 avril 1873.	21	G.	M.	Sé.	Pas d'adhérences. Dans l'épaisseur des parois kystiques, présence de gros vaisseaux provenant du ligament large et de la trompe hypertrophiée. Ligature du pédicule qui est fixé à l'angle inférieur de la plaie. Poids du sac, 3075 grammes; quantité du liquide, 16 litres.	Guérison.	
81	24 avril 1873.	34	D.	M.	H.	Adhérences généralisées avec les parois abdominales et les intestins, très-solides et fibreuses. Le péritoine éraillé est très-saignant : compression avec les pinces et avec les mains. Toilette du péritoine; pas de ligatures perdues. Ligature du pédicule qui est fixé à l'angle inférieur.	Morte par péritonite partielle (région supe de l'abdomen)	
82	5 juin 1873. Dr Drouhin.	32	D.	U.	Visq.	Pas d'adhérences. Parois kystiques très-épaisses. 10 litres de liquide un peu visqueux et transparent. A la base du pédicule, on trouve un deuxième kyste du volume d'un œuf de poule. On fait passer la ligature définitive au-dessous. Pédicule à l'angle inférieur de la plaie.	Guérison.	
83	12 juin 1873. Dr Piton.	44	D.	U.	H.	Adhérences généralisées de date récente, friables et vasculaires. Hypertrophie du foie par congestion. Parois kystiques résistantes. 8 litres de liquide sanguin.	Guérison.	
84	15 juin 1873.	39	D.	Mi.	Sé. H. Pu.	Adhérences fibreuses étendues à toute la face antérieure et supérieure du kyste. Nombreux espaces aréolaires. Poids du sac, 3350 grammes; quantité de liquide extrait, 16 litres.	Guérison.	
85	19 juin 1873.	45	lig. large, D.	Ar.	Visq.	Cinquante ponctions antérieures. Adhérences généralisées et fibreuses avec les parois abdominales, le mésentère, les intestins, l'utérus et la trompe gauche. Poids de la masse aréolaire, 17 kil. 500 gram.; liquide visqueux et louche ; quantité recueillie, 20 litres. En trois points, on laisse des fragments de kyste trop adhérents, qu'on traite comme un pédicule ordinaire et qu'on abandonne à la suppuration.	Guérison.	
86	24 juin 1873. Dr Roussin.	40	Grand épiploon et mésentère.	Multiples.	H.	Kyste principal dans l'épiploon et le mésentère ; contenu sanguin, 18 litres. Autour nombreux kystes pédiculisés sur kyste principal; plusieurs autres plus petits, libres et flottants. Adhérences pelviennes généralisées; toute la face antérieure et la supérieure du kyste adhérentes au grand épiploon. Décollement partiel de celui-ci ; le reste lié et excisé ; la surface de l'épiploon	Guérison.	

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
87	1er juillet 1873. Dr Périer.	22	G.	M.	Visq.	Adhérences récentes à la partie antérieure et supérieure. Poids de la poche, 950 grammes; quantité de liquide, 10 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
88	17 juillet 1873. Dr Dufraygne.	17	D.	M.	Sé. Gé.	Adhérences étendues, molles et très-vasculaires. Poids du kyste, 2150 grammes; quantité de liquide, 18 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
89	29 juillet 1873. Dr Joulin.	30	Les 2 ovaires.	U.	H.	Le kyste de l'ovaire droit est le plus volumineux; il est adhérent en avant et pédiculisé sur l'ovaire. Le gauche est sessile sur ligament large; il adhère au bassin par sa face profonde; les deux ovaires enlevés. Le kyste gauche s'était rompu six semaines avant, avait déterminé une péritonite grave et causé des adhérences. Les deux kystes pèsent ensemble 1150 grammes; le liquide recueilli, 11 litres. Pédicule du gros kyste à l'angle inférieur. Celui du petit, très-court, est saisi avec des pinces hémostatiques laissées à demeure, puis entraîné entre les lèvres de la plaie, et fixé par les pinces jusqu'au moment où des adhérences se furent formées.	Guérison.	
90	13 août 1873. Dr Bourdon.	19½	G.	En grande partie solide.	Sé.	Ascite louche, 1 litre 1/2. Tumeur solide, contenant environ 1 litre de liquide dans son intérieur. Trame friable; ablation par morcellement. Adhérences généralisées, très-solides par places, très-vascularisées dans d'autres. Pédicule sur l'ovaire gauche. Plusieurs portions adhérentes ne peuvent être enlevées, et sont formées en pédicule. La plaie des parois — qui remonte jusqu'à 5 centimètres de l'appendice xiphoïde — en contient ainsi cinq espacés les uns des autres. Poids des parties solides, 9780 gram.; quantité totale du liquide recueilli, 3 à 4 litres.	Guérison.	Cancer abdominal l'année suivante.
91	19 août 1873. Dr Maugenet.	35	Lig. large gauche.	U.	Sé.	Kyste du ligament large, non pédiculisé, étalé sous le péritoine du bassin et de la fosse iliaque, accolé au côté gauche de l'utérus. 27 litres de liquide séreux, limpide, à reflets bleuâtres. Canule à demeure ; traitement par suppuration.	Guérison.	
92	28 août 1873. Dr Bonneau.	53	Lig. large gauche.	Mi.	Sé. Pu.	5 à 6 litres d'ascite. Loges multiples à contenu séreux, purulent au fond; à la base de la tumeur large gâteau aréolaire, d'aspect encéphaloïde. Insertion sur le ligament large gauche, sur une étendue de 15 à 18 centimètres. Adhérences généralisées aux parois abdominales, à l'épiploon, aux intestins, et par en haut jusqu'à la face inférieure du foie. Tumeur enlevée par morcellement. Ligature en masse de la base d'insertion. Adhérences saignantes. Poids du sac, 1790 grammes: quantité du liquide, 28 litres.	Morte par péritonite le 7e jour.	
93	9 septembre 1873. Dr Horion.	31		Mi.	Vis. Pu.	Œdème de la moitié inférieure du corps; ascite abondante. Adhérences généralisées en avant; portion d'épiploon adhérent, le	Guérison.	

						29 litres. Pédicule à l'angle inférieur.		
94	11 septembre 1873. Dr Paul Bert.	59	D.	M.	Sé.	Adhérences très-étendues avec les parois abdominales ; quelques adhérences en arrière. Pédicule aplati, long et large. Liquide, 15 litres.	Guérison.	
95	16 septembre 1873.	31	D.	U.	Pu.	Pas d'adhérences. Kyste à parois très-épaisses et très-denses. Pédicule gros et court. Plusieurs petits kystes tubulés, flottants, et venant du corps de Rosenmüller. Malade sujette antérieurement à des accidents nerveux. Suspension de la respiration pendant l'administration du chloroforme ; respiration artificielle, dix minutes ; retour de la fonction ; opération. Poids du sac, 750 gram. ; liquide purulent recueilli, 11 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Morte par tétanos aigu le 11e jour.	
96	25 septembre 1873.	26	Lig. large. D.	M.	H. Vis.	Pas d'adhérences. Le kyste, développé dans l'ovaire, s'est engagé dans l'épaisseur du ligament large qui se trouve soulevé en avant ; la trompe du même côté, hypertrophiée, est passée en sautoir et bride la tumeur. Malade très-faible ; crises d'asthme quotidiennes soigneusement tenues secrètes. Poids du kyste, 2100 grammes ; quantité du liquide, 16 litres.	Succombe le 4e jour à une crise d'asthme violente.	
97	30 septembre 1873. Dr Dewulf.	38	G.	[Mi.	Sé. H. Vis.	Adhérences généralisées, mais friables et faciles à détacher. Kyste à loges concentriques et à contenus divers ; au fond, masse aréolaire très-dense ; implantation à côté de l'ovaire ; celui-ci très-hypertrophié, d'un blanc jaune, du volume d'une pomme. Poids des parties solides, 3 kilogrammes ; poids du liquide, 1650 grammes. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
98	7 octobre 1873. Drs Ricord et Barthez.	21	D.	M.	Sé.	Incision des parois très-courte. Adhérences avec l'épiploon à la partie supérieure et postérieure du kyste sur une étendue de plus des deux mains. Pédicule très-court, fixé pourtant à l'angle inférieur. Poids du sac, 1750 grammes ; quantité du liquide, 12 litres 1/2.	Guérison.	
99	16 octobre 1873.	34	lig. large. G.	M.	Sé. H.	Kyste très-irrégulier envoyant des prolongements dans tous les sens. Épiploon très-hypertrophié, partout adhérent à faces antérieure et supérieure. Adhérences fibreuses très-résistantes unissant l'épiploon et le kyste aux parois. Adhérences, en arrière, avec l'intestin ; par en bas, avec le corps de l'utérus qui est triplé de volume. Quatre ligatures perdues sur l'épiploon décollé. Excision, après ligature (fil végétal) d'une longue bride épiploïque. Pas de pédicule. Canule à demeure dans le ligament large, décollé ; suppuration. Parties solides, 1275 grammes ; liquide recueilli, 17 litres ; ascite, 1 litre.	Guérison.	
100	21 octobre 1873. Dr Chédevergne.	28	G.	Mi.	Très-vis.	Complétement adhérent dans tous les sens. Adhérences fibreuses et très-épaisses, surtout dans la moitié droite. Énorme hypertrophie de l'épiploon qui coiffe la tumeur et lui adhère ; après décollement, ligature d'une grande surface épiploïque et excision ; ce moignon ramené, à la fin, auprès du pédicule kystique. Parois du kyste longtemps enflammées, ramollies et très-friables ; plusieurs ligatures perdues sur l'épiploon. Poids des parties solides, 3500 grammes ; liquide, 7 litres. (Ce kyste s'était rompu quatre mois avant.) Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
101	23 octobre 1873. Dr de Ranse.	68	G.	Mi.	Sé. Pu. Gé.	Circonférence à la ceinture, 165 centimètres. Obésité excessive, état général mauvais, diabétique. Tumeur en grande partie aréolaire; quelques loges à contenu séreux, d'autres suppurées. En raison des aréoles, morcellement du kyste qui est adhérent, surtout dans le flanc gauche et avec l'épiploon en avant. Ligature en masse et excision de plusieurs brides épiploïques très-saignantes. Les moignons épiploïques réunis en une masse fixée et traitée comme le pédicule du kyste. Utérus très-hypertrophié (volume d'une tête de fœtus à terme); trompes hypertrophiées dans les mêmes proportions. Pédicule assez long, fixé à l'angle inférieur de la plaie. Suture des parois très-pénible, par suite de la distension subie et de leur flaccidité. Une ponction pratiquée cinq semaines avant avait donné 40 litres de liquide.	Morte le 7e jour. Accidents nerveux, refus de se soigner, épuisement.	
102	4 novembre 1873. Dr Roussin.	56	D.	U.	Sé.	Adhérences généralisées, très-résistantes, fibreuses, très-vascularisées dans le flanc gauche, trois ligatures perdues. Parois kystiques très-épaisses, comme fibreuses, résistant au doigt. La trompe droite, très-hypertrophiée, est liée à part près de la corne de l'utérus, puis excisée. Pédicule fort court, attiré vers l'angle inférieur, ainsi que le moignon de la trompe droite. Poids du sac, 2450 grammes; liquide, 36 litres.	Guérison.	
103	11 novembre 1873. Dr Passant.	24	G.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. Pédicule à l'angle inférieur. Quantité du liquide, 10 litres.	Guérison.	
104	20 novembre 1873. Dr Collignon.	39	G.	Ar.	Vis.	Adhérences des plus intimes avec le feuillet pariétal du péritoine, qui paraît aminci et fibreux, en avant, dans les flancs et jusque sous les hypochondres. Surface éraillée et suintante au-dessous du foie: une vingtaine de pinces hémostatiques, puis compression avec les mains à plat pendant dix minutes. Pas de loges, rien que des aréoles, ce qui nécessite le morcellement de la tumeur. Épiploon non adhérent, mais tellement enroulé au milieu des intestins, qu'on ne peut le dégager complétement. Pédicule long et grêle à l'angle inférieur.	Morte après 40 heures, défaut de réaction, choc.	
105	27 novembre 1873.	49	G.	U.	Sé.	Hernies ombilicale et crurale droite. Pas d'adhérences. Parois kystiques très-épaisses, d'un rouge brun foncé; à la surface interne, de nombreux espaces végétants. Épiploon exceptionnellement développé, très-difficile à contenir; c'est lui qui s'insinuait à travers les anneaux, et formait épiplocèle. Pédicule assez gros, court, fixé à angle inférieur. Sac, 2 kilogrammes; liquide, 32 litres.	Morte le soir du 3e jour d'étranglement interne.	
106	2 décembre 1873.	30	G.	Mi.	Vis.	Une injection iodée antérieure. Kyste non adhérent; loges emboîtées; masse aréolaire dans le fond. Dans le ventre et baignant le kyste, plus de 20 litres de liquide visqueux et verdâtre. Péritoine du bassin fortement vascularisé. Pédicule, assez long et grêle, fixé à l'angle inférieur. Sur la paroi kystique enlevée, impossible de découvrir par où l'écoulement a pu se faire dans	Guérison.	

			et ligament large.			produit, mais il reste une énorme masse aréolaire. Dès l'incision des parois, l'utérus, du volume du poing, est chassé hors du bassin. La tumeur est à la fois intra-péritonéale (pédicule sur ovaire gauche) et sous-péritonéale, traversant le ligament large qu'elle distend, remplissant le fond du bassin et l'excavation pelvienne, d'où la propulsion de l'utérus en haut et en avant. La portion intra-péritonéale remonte jusqu'aux hypochondres et à l'épigastre. Ablation de cette partie, ligature du pédicule et excision. Enucléation de la portion sous-péritonéale; pinces à demeure sur les vaisseaux du fond du bassin. Ligature sur le corps de l'utérus, et amputation de son fond, des deux trompes et de l'ovaire droit. Drain passé par cul-de-sac postérieur du vagin, l'autre bout sortant par la plaie. Compris dans la suture, dans son tiers inférieur : 1° le pédicule du kyste sur l'ovaire; 2° une quinzaine de pinces hémostatiques placées sur vaisseaux du bassin, et, fixé à la lèvre de la plaie, un lambeau du feuillet pariétal du péritoine décollé pour empêcher le pus, qui se formera dans la fosse iliaque et sous le ligament large, de tomber dans la cavité péritonéale; 3° enfin, et séparé par une suture entortillée, la section du corps utérin. A côté est maintenue l'extrémité supérieure du tube à drainage qui assure l'écoulement du pus et permet les lavages.		
108	23 décembre 1873.	51	G.	Ar	Gé.	Ascite verdâtre, un peu filante, sans doute suite d'une déchirure du kyste; celui-ci adhérent en haut et en arrière. Ponction sans résultat. En dilacérant les aréoles, écoulement de 14 litres de liquide très-épais, puis ablation de la partie la plus solide. Poids du sac, 3750 grammes. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
109	25 décembre 1873.	50			Cancer	Nombreux kystes du volume d'un œuf disséminés sur le péritoine pelvien, le fond de l'utérus, le cul-de-sac vésico-utérin et l'ovaire. Ganglions lymphatiques dégénérés; masses d'aspect encéphaloïde; ascite, une dizaine de litres.	Morte le 3e jour.	
110	29 décembre 1873. Dr Joulin.	30	G.	Mi.	Sé.	Pas d'adhérences. Liquide, 11 litres; masse aréolaire, 1950 gram. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
111	4 janvier 1874.	31	G.	Ar.	Vis.	Pas d'adhérences en avant et en bas. Adhérences à la partie supérieure avec l'épiploon, en arrière avec l'intestin. Adhérences peu anciennes, assez friables, vascularisées. Volume du kyste, deux fois et demie celui de la tête d'un adulte. Pédicule fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
112	6 janvier 1874.	28	Excavation pelvienne et mésentère.	Fibro-cystique. (Tumeur fœtale.)	Sé.	Tumeur fibro-cystique, provenant du mésentère, contenue dans une enveloppe fibreuse, adhérant au fond du bassin et à la fosse iliaque droite, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Morcellement; évacuation du liquide séreux contenu dans les loges; la partie solide, comme charnue, renfermant de nombreux fragments d'os rappelant la forme d'un squelette est énucléée de l'enveloppe cellulo-fibreuse qui la contient. La portion profonde de la poche est conservée; une quinzaine de pinces à demeure sur les vaisseaux; canule de Dupuytren à poste fixe; traitement par suppuration. Volume, deux fois une tête d'adulte.	Guérison.	

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
113	8 janvier 1874.	54	Lig. large. G.	Mi.	Vis.	Adhérences étendues, en avant, à toute la surface des parois abdominales antérieures et latérales; en arrière, avec l'intestin. Une grande loge, en avant, à contenu épais et filant, 9 litres. Tout au fond, une masse aréolaire s'insérant sur le ligament large par une surface de plus de 10 centimètres de diamètre. L'ovaire gauche est trouvé sur la paroi kystique. Un pédicule est formé, puis fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
114	15 janvier 1874.	54	Bassin.	Cancer kystique.	Pu.	Ascite abondante, dizaine de litres. Kyste à contenu verdâtre, louche, purulent (12 litres); sa paroi est très-friable et tout au fond des masses encéphaloïdes. Adhérences nombreuses avec les intestins. Le kyste s'élevait du fond du bassin et y adhérait fortement. Conservation de la coque fibreuse. Canule à demeure ; traitement par suppuration.	Mort.	
115	20 janvier 1874. Drs Ricord et Calvo.	20	D.	Mi.	Sé.	Pas d'adhérences, trois grandes loges; quelques espaces aréolaires. Une dent (fausse molaire) implantée sur la paroi kystique à l'intérieur. Liquide, 12 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
116	28 janvier 1874.	28	Bassin.	Cancer.		Quinze jours avant, ponction ayant donné 30 litres de liquide épais, verdâtre, gélatineux. Lors de l'opération, ascite hémorrhagique, 17 litres. Masses cancéreuses généralisées sur tout le péritoine du bassin. On se borne à l'incision exploratrice.	Mort.	
117	5 février 1874. Dr Sainton.	20	Lig. large. D.	Mi.	Sé.	Tumeur multiloculaire à la partie supérieure, aréolaire par le fond; un gros lobe sous le foie, un autre remplit l'épigastre. Adhérences généralisées, molles et médiocrement résistantes, excepté en arrière et en bas où elles sont fibreuses et très-solides. Adhérences très-vasculaires sur le mésentère, qui nécessitent une ligature en masse. Adhérences très-intimes avec le côté droit de l'utérus. Quantité du liquide, 18 litres ; volume de la masse aréolaire, deux fois celui d'une tête d'adulte. Trompe droite excisée au niveau de la corne utérine. On forme un pédicule lié en deux moitiés, l'une comprenant le moignon de la trompe. Ce pédicule fixé à l'angle inférieur de la plaie, et au-dessus de lui la surface, liée en masse, du mésentère éraillé.	Guérison.	
118	9 février 1874. Dr Cross.	32	D.	Mi.	Pu. (?)	Adhérences généralisées assez friables ; parois épaisses et résistantes. Au fond une masse solide, du volume d'un fœtus à terme, de couleur violacée, très-vasculaire, suppurée, rappelle l'encéphaloïde (l'examen histologique n'a pas été fait). Pédicule à l'angle inférieur. Malade épuisée.	Morte par défaut de réaction.	
119	24 février 1874.	33	G.	U.	H.	Adhérences générales très-épaisses et complétement fibreuses dans le côté droit, moins solides dans le gauche, vascularisées sur la ligne médiane, très-solides avec le bord inférieur du grand épiploon, étendues sur toute la face inférieure du foie, dont le liga-	Guérison.	

						pariétal du péritoine au-dessous du foie; compression de cette … d'une grande quantité de cristaux de cholestérine. Pédicule, sur ovaire gauche, lié puis fixé à l'angle inférienr.		
120	26 février 1874. Dr Garnier.	50	Lig. large. D.	Mi.	H. Pu. Gé.	La tumeur intéressait à la fois l'ovaire et le ligament large. En avant, grand épiploon hypertrophié descendant jusqn'au pubis auquel il adhère; on le décolle et relève comme un tablier. Ponction d'une grande loge, 16 litres de liquide sanguin. Reste une grosse masse aréolaire suppurée et purulente en haut, gélatineuse en bas an voisinage du ligament large, sur lequel elle s'implante par une surface plus large que la main. Adhérences en arrière avec le mésentère et les intestins. En les détachant, une anse d'intestin grêle est ouverte : adossement des séreuses, six points de suture métallique devant tomber dans le calibre. Ligature en masse de la surface d'implantation, de façon à former une sorte de pédicule à ce kyste sessile. Pédicule attiré à l'angle inférieur.	Mort par péritonite.	
121	3 mars 1874. Dr Remilly.	30'	G.	U,	Dermoïde.	Kyste dermoïde contenant une grande quantité de matière sébacée analogue à du beurre, une très-forte poignée de poils roux de 35 à 40 centimètres de long, implantés sur deux surfaces de la dimension d'une pièce de 5 francs. Liquide séreux un peu louche. A la partie supérieure, une adhérence avec le bord de l'épiploon, dont une frange, très-saignante après le décollement, est liée et excisée. La surface de section attirée à l'angle inférieur auprès dn pédicule du kyste.	Guérison.	
122	10 mars 1874.	20	G.	Mi.	Sé. Gé.	Pas d'adhérences. 7 litres de liquide séreux. Masse aréolaire du volnme d'une tête d'adulte. Pédicule à l'angle inférieur. Aucune complication. Pendant l'anesthésie chloroformique, respiration insuffisante et rendue plus complète par des moyens artificiels. Malade très-nerveuse, hystérique.	Morte le 11e jour, accidents nerveux; attaques de nerfs répétées.	
123	24 mars 1874. Dr Bourgougnon.	40	Fosse iliaque. G.	Cancer.	Colloïde.	Tumeur molle et fluctuante occupant la fosse iliaque et le flanc gauche, remontant jusque sous l'hypochondre. Incision exploratrice : cancer colloïde de l'épiploon, du mésentère et d'une grande partie dn feuillet viscéral du péritoine (non enkysté).	Mort.	
124	9 avril 1874.	60	G.	Mi.	Sé. Gé.	Adhérences générales, mais friables, et cédant partout sous de simples tractions. En avant, une très-grande loge à liquide brun vert, louche; dans le liquide soixante-dix-sept boules de matière sébacée, du volume d'un œnf de poule, séparées les unes des autres, et contenant quelques poils comme feutrés. An fond des loges à contenu visqueux, une dernière assez grande remplie d'une matière gélatineuse épaisse comme du miel, parcourue par de très-fins réseaux sanguins, ayant, en un mot, l'apparence colloide. 30 litres de liquide en tout. Sac volumineux. Pédicule à l'angle inférieur.	Succombe le 12e jour à des accidents tétaniques qui se sont déclarés le 8e jour.	
125	12 avril 1874. Dr Ollier.	40	Lig. large. G.	H.	Sé.	Pas d'adhérences. Dans la fosse iliaque droite, des fausses membranes, dues à une péritonite antérieure, qui avaient fait craindre une dégénérescence cancéreuse. 13 litres de liquide limpide, séreux, un peu verdâtre. Le kyste a dédoublé le ligament large; on l'énuclée en partie ; la partie profonde formée en bourse reçoit une canule à demeure. Traitement par suppuration.	Gnérison.	

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
126	29 avril 1874.	50	D.	M.	Vis.	Adhérences solides et fibreuses sur la face antérieure du segment supérieur de la tumeur, à partir de l'ombilic, avec les parois abdominales. 15 litres de liquide visqueux, plus ou moins épais, obtenus des diverses loges. Pédicule large, aplati, épais, fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
127	10 mai 1874.	28	Lig. large. G.	U.	Sé.	Adhérences généralisées avec l'épiploon qui coiffe le kyste, fibreuses sur son bord inférieur, moins résistantes sur le reste de la face postérieure de ce repli séreux. Épiploon décollé, très-éraillé et saignant ; ligature d'une portion de l'étendue de la main et excision. Adhérences avec la face postérieure de la vessie, qui, à la fin de l'opération, ne peut être réduite que difficilement. Conservation de la partie profonde du kyste qui plonge dans le ligament large. Canule de Dupuytren laissée à demeure. Goulot du sac fixé aux lèvres de la plaie abdominale. Moignon épiploïque réduit dans le ventre. 17 litres.	Morte par péritonite.	
128	14 mai 1874.	30	G.	Ar.	Cé.	Ponction quinze jours avant. Pas d'adhérences. Kyste perforé et rompu en plusieurs points avant l'opération. Parois kystiques friables, ramollies. Ovaire très-hypertrophié du volume d'un œuf de dinde. 9 litres de liquide. Toilette soigneuse du péritoine. Pédicule à l'angle inférieur.	Morte par péritonite.	
129	21 mai 1874.	33	D.	M.	H.	Adhérences générales, molles et friables, avec les parois abdominales, le grand épiploon en haut, les intestins en arrière. Pédicule court, fixé à l'angle inférieur. 11 litres de liquide brunâtre très-riche en cholestérine.	Morte le 3e jour. (1)	
130	28 mai 1874.	37		Cancer.	Colloïde.	Cancer colloïde généralisé de tout le mésentère. Loges kystiques perdues dans la masse colloïde, remplies d'un liquide sanguin d'un brun très-foncé. Hernie ombilicale du volume d'un œuf de dinde, contenant de petits kystes remplis de sang noir. Incision exploratrice ; on referme le ventre. A la suite, sphacèle des parois abdominales, disparition de la matière colloïde lors de l'autopsie.	Morte après 23 jours par épuisement. Paralysie de l'intestin. Tout le gros intestin rempli de matières féca'es accumulées.	
131	11 juin 1874. Dr Soye.	28	D.	M.	Sé. Pu.	Malade depuis longtemps paraplégique, atteinte de boulimie, dyspeptique, extrêmement polysarcique. Troubles graves de l'innervation et de la nutrition, ne pouvait marcher depuis plusieurs années. Pas d'adhérences. 24 litres de liquide. Pédicule à l'angle inférieur.	Mort subite le 9e j. (pas d'autopsie).	
132	26 juin 1874. Dr Bigourdan.	20	D.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. 15 litres de liquide limpide. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	

			D.			dédoublé le mésentère qui se trouve refoulé en avant avec la masse intestinale qui en dépend. Le péritoine de la fosse iliaque également décollé par la tumeur ; vessie repoussée au fond du bassin. Adhérences générales très-solides sur la face antérieure de la tumeur, rompues avec le grattoir ; cinq ligatures perdues. Compression manuelle pendant quinze minutes. Une grande loge à contenu séreux (11 litres) ; une masse aréolaire grosse une fois et demie comme une tête d'adulte. Traitement par suppuration.		
136	18 août 1874. Dr Féréol.	26	Lig. large. G.	Mi.	Pu. Gé.	Adhérences généralisées, exceptionnellement épaisses et fibreuses, se divisant spontanément en feuillets au niveau des parois abdominales, également fortes avec l'épiploon qui coiffe la tumeur, plus friables avec l'intestin grêle, dont les anses sont mélangées avec les masses aréolaires et fort difficiles à reconnaître. Une anse est entamée par le bistouri : adossement, deux points de suture métalliques. Ponction d'une grande loge qui donne une vingtaine de litres de liquide purulent, mélangé en grande quantité de matière sébacée (plus d'un kilogramme). Énucléation de la masse aréolaire laborieuse ; six ligatures perdues sur le péritoine et le mésentère. La tumeur s'insère par un gros pédicule, large, s'enfonçant en entonnoir dans le ligament large. Traitement par suppuration. Épuisée par de nombreuses ponctions extérieures et les suppurations.	Morte (choc).	
137	31 août 1874. Dr Basadre.	18	G.	Mi.	Pu.	Adhérence d'une large frange épiploïque sur la partie supérieure du kyste qui ne contient que peu d'aréoles. En décollant l'adhérence, on voit que la paroi kystique est ulcérée au-dessous, et se serait vidée dans le ventre sans cet opercule formé par l'épiploon enflammé. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
138	7 septembre 1874.	28	G.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. 18 litres de liquide. Incision très-courte (8 centimètres environ). Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
139	22 septembre 1874.	59	G.	Mi.	Gé. Pu.	Énorme tumeur ; incision des parois abdominales remontant à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Dans la moitié supérieure, adhérence de l'épiploon (plus de la longueur des deux mains) très-saignante après décollement (vingt-cinq pinces, puis compression entre des serviettes pendant vingt-cinq minutes). Extraction fort pénible ; du liquide kystique et du sang ont coulé dans le ventre. Toilette du péritoine. L'épiploon éraillé, réduit dans le ventre, sans ligature. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
140	24 septembre 1874. Dr Godefroy.	45	G.	Cancer kystique.	Colloïde.	Kyste rempli de matière colloïde jaunâtre. Dégénérescence semblable de l'épiploon. Un pédicule qui fut fixé à l'angle inférieur.	Mort.	
141	29 septembre 1874.	43	D.	U.	Só.	Pas d'adhérences. Ovaire hypertrophié. Liquide, 15 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
142	6 octobre 1874.	27	G.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. 9 litres de liquide. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	

(1) Hémorrhagies multiples et répétées par le nez, la bouche, la vulve, l'anus, vomissements de sang ; pas trace d'inflammation dans la cavité abdominale.

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE,	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
143	8 octobre 1874.	26	D.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. Quantité du liquide, 18 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
144	15 octobre 1874.	24	D.	Mu.	Sé. Pu.	Pas d'adhérences. Tumeur formée de trois loges, dont une purulente. 15 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
145	27 octobre 1874. Drs Billard et Raymond.		D.	U.	Vis.	Pas d'adhérences. 18 litres de liquide. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
146	5 novembre 1874.	45	G. Lig. large.	U.	H.	Kyste développé au-dessous et en arrière du ligament large, bridé par lui et la trompe gauche. Pas d'adhérences. On excise la majeure partie du kyste pour tenter le traitement par suppuration; mais le fond de l'infundibulum est recouvert de masses fongueuses végétantes qui saignent, et amèneraient plus tard une suppuration très-abondante. On se décide à enlever ces masses en énucléant le fond de la tumeur par dissection du péritoine pariétal. Lambeaux du péritoine disséqués, fixés aux lèvres de la plaie; au fond de celle-ci, sept pinces laissées à demeure. Liquide, 10 litres.	Guérison.	
147	17 novembre 1874.	47	D.	Mi.	Gé. H.	Pas d'adhérences. Kyste rompu dans le ventre avant l'opération. Toilette du péritoine. Liquide, 8 litres. Masse aréolaire du volume de la tête d'un enfant de dix ans.	Guérison.	
148	26 novembre 1874.	58	D.	M.	Sé. Pu.	Adhérences sur toute la face antérieure de la tumeur avec les parois abdominales; elles sont molles et très-vasculaires. Ascite et œdème des parois. Pédicule gros, court, tordu sur lui-même. Fixé à l'angle inférieur de la plaie. Liquide, 16 litres.	Guérison.	
149	1er décembre 1874. Dr Gautherin.	45	Lig. large. G.	M.	H.	Adhérences de formation récente sur la face antérieure; plus solides avec l'épiploon, très-résistantes en arrière et à gauche avec l'intestin grêle. La tumeur a dédoublé le mésentère qu'elle remplit; elle adhère aussi au côté gauche de l'utérus. Liquide, 18 litres. Traitement par suppuration.	Succombe le 3e jour avec des symptômes de manie aiguë. (A. Voisin)	
150	3 décembre 1874.	43	D.	Mi.	Gé.	Adhérences générales très-épaisses et fibreuses à gauche, plus friables et vasculaires à droite. Péritoine éraillé; hémorrhagie en nappe. Pédicule grêle, assez long, fixé à l'angle inférieur. Liquide, 19 litres.	Guérison.	
151	13 décembre 1874.	37	Lig. large. G.	M.	Sé.	Pas d'adhérences. Entraînement considérable de l'utérus en haut. Liquide, 19 litres. Canule à demeure et suppuration.	Morte par péritonite.	
152	17 décembre 1874. Drs Colin et Morin.	28	D.	Mi.	Gé. Pu.	Adhérences très-étendues avec les parois abdominales et l'épiploon. Les deux trompes adhèrent à la surface du kyste; elles ont entraîné l'utérus, dont le fond fait saillie au-dessus du pubis. Pé-	Guérison.	

154	26 janvier 1875.	24	D.	Mi.	Gé.	Adhérences étendues avec l'épiploon. Masse aréolaire comme tête d'enfant. 17 litres de liquide. Pédicule long, grêle, tordu sur lui-même, fixé à l'angle inférieur.	Guérison.
155	28 janvier 1875.	53	Lig. large G.	Mi.	Gé. Pu.	En grande partie aréolaire : la portion kystique est dans la cavité abdominale; la masse aréolaire sous le ligament large; en outre, une loge suppurée. Pour énucléer cette partie sous-péritonéale, il fallut inciser le ligament large. Six pinces furent laissées à demeure sur les vaisseaux. Traitement par suppuration.	Guérison.
156	2 février 1875. Dr Barnier.	54	Lig. large G.	Ar.	Gé.	Adhérences générales en arrière, avec mésentère et intestins, faibles et très-vasculaires. La tumeur située sous le ligament large envoie un gros prolongement à la corne gauche de l'utérus auquel elle adhère. Incision du ligament large ; énucléation ; vingt pinces à demeure sur des vaisseaux au fond du bassin. Traitement par suppuration. Durée de l'opération, deux heures.	Succombe le 2e jour. Péritonite.
157	3 février 1875.	45	G.	Mi.	Gé.	Principalement aréolaire. Tumeur énorme. Adhérences générales : fibreuses et solides dans la moitié gauche; très-résistantes et très-solides en haut et en arrière; plus récentes dans la moitié droite où elles étreignent l'épiploon fortement vascularisé (compression avec vingt-cinq pinces). Après que la ponction a donné 10 litres de liquide très-épais, il faut recourir au morcellement pour enlever la masse aréolaire qui cube une douzaine de litres. Pédicule à l'angle inférieur (durée : trois heures quinze minutes).	Morte le 3e jour, défaut de réaction.
158	4 février 1875.	42	G.	U.	Pu.	Adhérences générales très-anciennes. 14 litres de liquide fortement purulent.	Morte par péritonite.
159	9 février 1875.	22		Kyste hydatique.		Kyste hydatique du cul-de-sac vésico-utérin pris pour un kyste ovarique. Excision de la partie supérieure de la poche ; traitement par suppuration du reste.	Guérison.
160	23 février 1875.	42	G.	Mi.	Gé.	Adhérences partielles avec l'épiploon et la paroi abdominale antérieure. Liquide, 8 litres. Masse aréolaire grosse comme deux têtes d'adulte. Pédicule long et grêle fixé à l'angle inférieur.	Guérison (1).
161	4 mars 1875.	40	G.	M.	Sé.	Adhérences étendues, molles, de la largeur de la main sur le côté droit de la tumeur et en arrière; fibreuses sur la ligne médiane en avant. Liquide, 17 litres. Pédicule long, fixé à l'angle inférieur de la plaie.	Guérison.
162	14 mars 1875.	30	D.	M.	H.	Adhérences générales, principalement résistantes en arrière. De ce côté et tout à fait en bas, au voisinage du pédicule, une anse d'intestin grêle est si intimement unie, qu'on ne peut la détacher. On découpe la portion de paroi kystique qui reste accolée, et on la fixe, auprès du pédicule, entre les lèvres de la plaie des parois du ventre. Quantité du liquide, 17 litres.	Guérison.

(1) Prise d'accidents graves d'occlusion intestinale, 26 jours après l'opération ; succomba en 24 heures.

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU,	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
163	18 mars 1875.	36	G.	Ar.	Gé, Pu.	Généralement adhérent par des fausses membranes molles et friables, sauf en un point situé au-dessous du foie. A ce niveau, il s'est formé des fausses membranes épaisses et fibreuses, qui oblitèrent une perte de substance, plus large qu'une pièce de 5 francs, qui existe à la surface de la tumeur. Pendant l'extraction, du liquide visqueux tombe dans le ventre par cette perte de substance. Toilette du péritoine. Plusieurs espaces suppurés. Pédicule gros et court à l'angle inférieur. Volume total, 19 litres.	Guérison.	
164	1er avril 1875. Dr Hallé.	32	G.	M.	Sé.	Adhérences généralisées de formation récente, en avant et sur les côtés. Feuillet pariétal du péritoine éraillé et saignant. Pédicule long, fixé à l'angle inférieur de la plaie. Liquide, 15 litres (cholestérine abondante).	Guérison.	
165	6 avril 1875.	42	D.	M.	Pu.	Adhérences générales presque partout assez anciennes. Feuillet pariétal du péritoine saignant en nappe sur plusieurs points. Ligatures perdues. Liquide fortement purulent, 20 litres.	Morte par péritonite	
166	15 avril 1875.	39	G.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. Adoption définitive de l'aspiration appliquée à la ponction des kystes ovariques (résultat avantageux). Liquide, 12 litres. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
167	20 avril 1875. Drs Duvernet et Dusart.	53	Mésentère et bassin.	Cancer.		Masses cancéreuses venant du mésentère et du péritoine pelvien, mi-solides et liquides, simulant un kyste aréolaire.	Mort.	
168	29 avril 1875.	42	D.	Mi.	Vis.	Adhérences anciennes et fibreuses avec la paroi abdominale en avant; plus molles et plus vasculaires, en haut, avec l'épiploon qui reste saignant; également molles mais moins étendues en arrière. Compression manuelle de l'épiploon et d'une portion de paroi pendant quinze minutes. 18 litres de liquide brun; masse aréolaire remplissant une cuvette. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
169	4 mai 1875. Dr Siredey.	38	Lig. large D.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. Kyste sessile implanté sur le ligament large par un goulot retréci de 0,05 de diamètre. Trompe droite adhérente au sac et enlevée avec lui. Très-petite canule à demeure. Traitement par suppuration.	Guérison.	Un abcès sous-péritonéal qui vient s'ouvrir dans la vessie.
170	10 mai 1875. Dr Loquet.	38	D.	M.	Sé.	Adhérences très-limitées en avant. Hypertrophie de la trompe droite qui est enlevée avec le sac. Loges du kyste emboitées. 10 litres de liquide. Pédicule court et très-large fixé à l'angle inférieur.	Guérison.	
171	11 mai 1875. Dr Bidault.	27	G.	Mi.	Sé. Vis.	Quelques adhérences avec le feuillet pariétal antérieur ; une grosse loge, adhérente au fond de l'excavation, enflammée et suppurée ; elle se rompt pendant les manœuvres d'extraction ; [illegible]	Guérison.	

						10 litres de liquide brun, un peu épais, avec abondants grumeaux de matière sébacée. Sur la paroi kystique interne, sept dents et deux fragments d'os plats sont implantés. Pédicule à l'angle inférieur.		
173	1er juin 1875. Dr Ytusse.	54	G.	Kyste dermoïde.	H.	Adhérence très-forte de l'épiploon qui unit ensemble le kyste à la paroi abdominale. Deux grosses loges communiquant ensemble par un goulot étroit. 19 litres de liquide. On ne peut isoler une portion du sac qui adhère à l'épiploon; on la respecte et on la prend entre les lèvres de la plaie, à côté du pédicule du kyste qui est gros et court.	Morte le 3e jour par défaut de réaction (choc).	
174	22 juin 1875.	52	D.	M.		Grand épiploon hypertrophié en avant du kyste, adhérent en bas et sur les côtés. En arrière, adhérences fibreuses très-solides avec l'intestin, ayant déterminé la torsion du pédicule kystique. Détachement de ces adhérences très-pénible. Portion inférieure du grand épiploon restant saignante, liée en masse, puis excisée; finalement, fixée à côté du pédicule kystique à l'angle inférieur. Deux ligatures perdues. Liquide, 21 litres.	Guérison.	
175	24 juin 1875. Drs Ricord et Calvo.	32	D.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. 11 litres de liquide. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
176	22 juillet 1875.	19	D.	M.	Vis.	Adhérences antérieures; d'autres au fond du bassin. Kyste ouvert avant l'opération. Péritoine très-saignant : compression par les pinces pendant vingt-cinq minutes. Toilette soigneuse du péritoine. 14 litres de liquide un peu filant. Pédicule long et mince à l'angle inférieur.	Guérison.	
177	27 juillet 1875.	21	G.	Mi.	Vis.	Pas d'adhérences. 17 litres de liquide. Pédicule long, assez gros.	Guérison.	
178	3 août 1875. Dr Loquet.	32	D.	U.	Sé.	Pas d'adhérences. 17 litres de liquide semblable à de l'ascite. Pédicule à l'angle inférieur.	Guérison.	
179	5 août 1875.	39		Cancer kystique.		Adhérences généralisées avec les parois abdominales, l'intestin, le mésentère en arrière. 20 litres de liquide brun et purulent. Énormes masses encéphaloïdes. Quatre ligatures perdues. Compression par les pinces; drainage du cul-de-sac postérieur du vagin.	Morte d'épuisement le 4e jour.	
180	14 septembre 1875.	42	Lig. large D.	M.	Sé.	Adhérences étendues sur toute la surface des parois abdominales en avant; en haut, avec l'épiploon qui reste saignant après décollement. Cette portion saignante prise dans une ligature en masse, et fixée entre les lèvres de la plaie. Liquide, 19 litres. Traitement par suppuration.	Guérison.	Pendant la convalescence est prise d'entérite grave et de rhumathisme articulaire suraigu. Succombe le 36e jour.
181	28 septembre 1875. Dr Véron.	35	Lig. large G.	Mi.	Pu.	La tumeur est située dans l'épaisseur et au-dessous du ligament large dédoublé; elle adhère au côté de l'utérus, qu'elle entraîne avec elle. Pour énucléer, il faut porter une ligature sur la trompe gauche, au voisinage de l'utérus; décoller et libérer celui-ci; inciser le ligament large; disséquer. En énucléant la partie profonde, gros vaisseaux pris dans cinq ligatures métalliques. 12 litres	Guérison.	

NUMÉROS.	DATE DE L'OPÉRATION ET NOM DU MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	SIÉGE.	DISPOSITION INTÉRIEURE du kyste.	NATURE du CONTENU.	COMPLICATIONS. — ADHÉRENCES. — VOLUME DE LA TUMEUR. — TRAITEMENT DU PÉDICULE.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
						de liquide complètement purulent; grosse masse aréolaire. Trois pédicules : le premier formé par la trompe coupée et la corne utérine; le deuxième par un grand lambeau du ligament large, dont une partie a été reséquée; le troisième par le pédicule vrai du kyste qui venait de l'ovaire. Entre les lèvres de la plaie est encore suturé le deuxième lambeau du ligament large, décollé, afin d'empêcher l'entrée du pus dans le ventre. Enfin, les chefs des cinq ligatures métalliques sont attirés et fixés entre les lèvres de la plaie. Traitement par canule à demeure et suppuration.		
182	25 octobre 1875.	46	Lig. large G et mésentère.	Ar.	Sé.	Tumeur formée de petites loges en nombre très-considérable, à contenu séreux; s'étant développée sous le ligament large gauche, puis ayant remonté en arrière du mésentère dédoublé; l'intestin est refoulé en avant. Incision d'une coque cellulo-fibreuse qui enveloppe la tumeur; énucléation longue et pénible. Vingt-trois pinces appliquées sur de gros vaisseaux du tissu cellulaire qui double le bassin, et laissées à demeure. Suture du bord libre du feuillet péritonéal décollé sur les lèvres de la plaie abdominale. Drain passé par le cul-de-sac postérieur du vagin, en vue de donner écoulement au pus provenant de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal.	Morte, péritonite suraiguë.	
183	2 novembre 1875.	42	G.	M.	Vis.	Pas d'adhérences. 10 litres de liquide. Implantation dans le ligament large. Traitement par suppuration.	Morte le 4e jour, péricardite aiguë.	
184	11 novembre 1875. Dr Borie.	52	Bassin.	Cancer kystique.	Pu. H.	Implantation sur le fond du bassin, en arrière de l'utérus; la tumeur adhère à face postérieure de celui-ci.	Mort.	
185	23 novembre 1875.	47	G.	Mi.	Sé. H.	Énorme tumeur recouvrant toute la cavité abdominale à la manière d'une cuirasse, et remplissant tout le bassin. Adhérences avec les parois abdominales; adhérences très-fortes avec l'épiploon, dont une partie est reséquée au fer rouge. Deux ligatures perdues sur l'épiploon; six autres sur différents points saignants du péritoine pariétal. L'épiploon cautérisé, réduit dans le ventre. Longueur de l'incision faite aux parois, 0,53. Pédicule du kyste court et grêle, fixé à l'angle inférieur, puis cautérisé.	Guérison.	
186	30 novembre 1875.	36	D.	Mi.	Vis.	Adhérences généralisées sur toute la face antérieure, très-solides et fibreuses du côté gauche et à l'épigastre; moins anciennes dans la moitié droite. 14 litres de liquide. Sept ligatures perdues sur le péritoine pariétal (à gauche). Environ 2 litres d'ascite. Pédicule court fixé à l'angle inférieur, puis cautérisé.	Guérison.	(1)
187	2 décembre 1875. [illegible]	55	D.	Mi.	Vis.	Œdème énorme des parois abdominales. Adhérences générali-	Guérison.	

188	7 décembre 1875.	30	G.	U.	H.	Adhérences générales extrêmement vasculaires. 12 litres de liquide. Trois ligatures perdues sur le péritoine pariétal. Un point de 2 centimètres carrés environ, saignant en nappe, est cautérisé au fer rouge. Pédicule à l'angle inférieur, puis cautérisé.	Guérison.	
189	14 décembre 1875.	53	Fosse iliaque gauche.	Cancer kystique.	Pu. H.	Implantation des plus étendues dans la région de l'ovaire, le fond du bassin, et jusque dans le cul-de-sac vésico-utérin.	Mort.	
190	21 décembre 1875.	26	G.	Mi.	H.	Pas d'adhérences sur la moitié inférieure du kyste ; au contraire, elles sont généralisées sur toute la moitié supérieure, complétement fibreuses, exceptionnellement résistantes, ce qui rend l'extraction difficile, mais ne donne pas de crainte d'hémorrhagie. En effet, malgré des efforts d'extraction considérables, on n'eût pas à faire une seule ligature perdue. 16 litres de liquide chocolat; une masse aréolaire du volume d'une tête. Pédicule fixé à l'angle inférieur, puis cautérisé.	Guérison.	

SPLÉNOTOMIE

191	6 septembre 1867.	20	Rate.	U.	Vis.	Incision dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt. Grand épiploon adhérent au bassin et à la partie la plus déclive de la tumeur. Paroi kystique très-épaisse ; implantation sessile sur la rate très-hypertrophiée; surface de la tumeur sillonnée par de très-gros vaisseaux. Ligature successive de toute la portion de la rate à enlever avec la tumeur; adhérences intestinales et épiploïques. Quatre ligatures métalliques placées sur l'épiploon gastro-splénique et très-rapprochées de la rate, puis excision au-dessus des fils avec le fer rouge. Même conduite pour l'ablation de la portion de rate qui donnait insertion au kyste. Les surfaces cautérisées et les ligatures métalliques abandonnées dans la cavité abdominale. Toilette du péritoine. Suture des parois au moyen de neuf ligatures à anses profondes et de cinq sutures entortillées. L'enveloppe kystique pesait 1140 grammes, non compris le poids de la portion de rate. Liquide de 4 à 5 litres, épais, visqueux, brunâtre, chargé de leucocytes, de cholestérine, de globules sanguins altérés, etc.	Guérison.	

(1) Le vingt-cinquième jour test prise de symptômes graves d'occlusion intestinale : vomissements fécaloïdes, refroidissement, etc. Il y avait torsion sur elle-même de l'S iliaque. Tout s'est dissipé.

DEUXIÈME SÉRIE.

GASTROTOMIES PRATIQUÉES POUR L'ABLATION DE TUMEURS SOLIDES

De l'utérus, de l'ovaire, du mésentère, du ligament large,

Et de tumeurs fibro-cystiques de l'utérus et utéro-cystiques,

Depuis le 15 août 1871 jusqu'au 31 décembre 1875.

Ce nouveau groupe comprend 30 opérations de gastrotomie se répartissant ainsi :

1° 25 *hystérotomies :* 16 pour l'ablation de *tumeurs fibreuses interstitielles* de l'utérus; — 1 pour une *tumeur fibreuse sous-péritonéale* de l'utérus; — 6 pour des *tumeurs fibro-cystiques* de l'utérus; 2 pour des *tumeurs utéro-cystiques;*
2° 1 pour l'ablation d'une *tumeur fibreuse* développée dans le cul-de-sac *vésico-utérin;*
3° 2 pour une *tumeur fibreuse* et une tumeur *fibro-graisseuse* du mésentère;
4° 1 pour une *tumeur encéphaloïde* du *mésentère* prise pour un kyste aréolaire;
5° 1 *sarcome médullaire* du *ligament large* pris pour une tumeur fibreuse.

HYSTÉROTOMIES

I. — TUMEURS FIBREUSES.

NUMÉROS.	DATE ET NOM du MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de LA TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. TRAITEMENT DU PÉDICULE.—VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
192	15 août 1871. Drs Bouvyer et Love.	32	Interstitielle de l'utérus	Fibrome.	Le ventre ouvert, le paquet intestinal est projeté hors du ventre pendant un effort de vomissement; il fut tenu enveloppé dans des serviettes chauffées, car il ne put être réduit dans le ventre qu'après l'ablation de la tumeur par morcellement; la section de l'utérus porte sur son col, un peu au-dessus de l'insertion vaginale. Moignon utérin fixé à l'angle inférieur de la plaie. Extirpation des ovaires. Poids du myome et des parois utérines enlevés, 4200 grammes.	Guérison.	
193	26 octobre 1871.	37	Interstitielle de l'utérus	Fibrome.	Amputation de tout le corps utérin, avec lui sont enlevés les trompes et les ovaires. Moignon fixé à l'angle Inférieur. Toilette du péritoine. Myome développé dans la paroi latérale droite de l'utérus; les parois de la matrice hypertrophiées, épaisses de 0,06. Un kyste du volume d'une noisette dans l'ovaire droit; le gauche sain. Poids de la tumeur, 4225 grammes.	Guérison.	
194	6 décembre 1871.	46	Interstitielle de l'utérus	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

195	30 décembre 1871.	42	Multiples, interstitielles, sous-péritonéales, sous-muqueuses.	Fibrome.	200 grammes d'ascite; surface de la tumeur mamelonnée et lobulée. Morcellement. Environ trente-sept myomes indépendants, de diverses grosseurs, les uns interstitiels, d'autres sous-muqueux et sous-péritonéaux. Énucléation de myomes logés au niveau des culs-de-sac utéro-vésical et utéro-rectal. Amputation portant très-bas sur le col; moignon à l'angle inférieur. Extirpation des ovaires et des trompes. Poids, 3780 grammes.	Guérison.	Par la suite, retour à plusieurs reprises des signes ordinaires de la menstruation avec écoulement sanguin par la vulve et le pédicule.
196	20 février 1872 (1).	39	Interstitielle de l'utérus (fond et moitié droite de l'organe).	Fibrome.	Principalement développée dans le fond et la paroi latérale droite de l'utérus qui soulève et exhausse le ligament large et l'ovaire droit, tandis que les organes correspondants du côté gauche sont profondément engagés sous la tumeur. Ablation par morcellement du fond de l'utérus et de la moitié supérieure droite de l'organe ; extirpation de l'ovaire et de la trompe du même côté. Moignon à l'angle inférieur. Poids, 3125 grammes.	Morte le 9e jour, hématocèle rétro-utérine, l'hémorrhagie s'étant faite à la surface de l'ovaire gauche conservé.	
197	12 décembre 1872. Dr Bernard.	24	Interstitielle de l'utérus (fond de l'organe).	Fibrome calcifié par places.	Tumeur énorme dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt; adhérences très-étendues avec l'épiploon. Morcellement long et pénible, tant la tumeur est dense et volumineuse. Grande vascularité, dont on se rend difficilement maître par suite de la densité du tissu fibreux. Résection d'une portion d'épiploon. Conservation du côté gauche de la coque cellulo-fibreuse qui enveloppait la tumeur. Trente pinces laissées à demeure sur les vaisseaux. Amputation au-dessus de l'insertion vaginale. Durée de l'opération, six heures. Poids du fibrome, 16 kil. 500 gram.	Morte le 5e jour par étranglement interne causé par une bride épiploïque enflammée et devenue adhérente.	
198	26 juin 1873. Drs Paul Dubois et Taberlé.	41	Interstitielle de l'utérus (fond de l'utérus).	Fibrome.	Ablation par morcellement. Amputation portant sur la moitié inférieure du corps de l'utérus, et comprenant les trompes et les ligaments de l'ovaire. Les deux ovaires conservés. Pédicule fixé à l'angle inférieur. Volume d'une tête d'adulte.	Guérison.	Le flux menstruel a régulièrement persisté par la suite.
199	3 juillet 1873.	43	Interstitielle de l'utérus (fond de l'utérus).	Fibrome.	Tumeur d'abord dure et franchement fibreuse, puis se ramollissant et donnant une fausse fluctuation dans les dernières semaines qui précèdent l'opération. Un peu d'ascite. Morcellement. Amputation portant sur l'union du corps et du col. Kyste sanguin du volume d'un œuf de poule, développé dans un des pavillons des trompes. Excision des trompes et des ovaires. Pédicule à l'angle inférieur. Poids, 2850 grammes.	Guérison.	
200	15 juillet 1873.	51	Interstitielle du l'utérus (fond de l'organe).	Fibrome.	Tumeur principalement développée en hauteur, envoyant par en haut deux grands lobes qui s'engagent profondément sous chaque hypochondre. La tumeur est bridée de toutes parts par des anses intestinales. Autour de la tumeur, une enveloppe cellulo-vasculaire qui adhère aux organes voisins, notamment à la vessie qui est fortement entraînée en haut et en avant. Sa cavité se trouve divisée en deux parties par la forte pression que le pubis exerce sur elle et la tumeur ; aussi la sonde, engagée dans l'urèthre, ne renseigne-t-elle pas sur l'existence de la deuxième cavité dans laquelle elle ne peut pénétrer. Morcellement ; décollement et dis-	Morte le 3e jour, épuisement et péritonite partielle.	

(1) Ces cinq observations (de 192 à 196) ont été publiées dans notre Monographie : *Hystérotomie*, par Péan et Urdy, 1873. Celles qui suivent sont inédites ; elles ont été communiquées à M. Pozzi, qui les a signalées dans sa thèse d'agrégation : *De la valeur de l'hystérotomie*, 1875.

NUMÉROS.	DATE ET NOM du MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de LA TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. TRAITEMENT DU PÉDICULE. — VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					section de la coque cellulo-vasculaire. En l'incisant sur la ligne médiane, le bistouri atteint le fond de la vessie qu'elle revêt. Suture de cette incision. Amputation de l'utérus tout près de son insertion vaginale. Moignon à l'angle inférieur ; ablation des trompes et des deux ovaires. Opération très-laborieuse ; durée cinq heures. Poids, 5850 grammes.		
201	31 juillet 1873.	41	Sous-péritonéale (fond de l'utérus).	Fibrome creusé de géodes.	Tumeur sous-péritonéale développée sur le fond de l'utérus hypertrophié, contenant dans son intérieur de nombreuses géodes, et infiltrée d'une telle quantité de sérosité, que le diagnostic était resté incertain pour quelques chirurgiens. Morcellement. Amputation portant sur le corps de l'utérus. Ovaire gauche dégénéré et extirpé. Pédicule à l'angle inférieur. Poids du fibrome, 5475 grammes. Apparition des règles le soir de l'opération. — Pendant le traitement, formation d'un phlegmon de la fosse iliaque qui est évacué spontanément par le rectum. Troubles mentaux présentés par la malade avant l'opération, et ne se reproduisant plus par la suite.	Guérison.	
202	7 août 1873.	48	Grosse tumeur interstitielle ; une plus petite sous-péritonéale. (La 1re développée sur le fond de l'utérus ; la 2e sur la face antérieure du corps.)	1 portion à géodes ; le reste myome ; la partie sous-péritonéale cartilagineuse.	Tumeur irrégulière formée de deux parties distinctes : une interstitielle sur le fond de l'utérus ; une autre sous-péritonéale, sur la face antérieure du corps ; la première creusée de géodes dans la première portion, plus profondément fibreuse et infiltrée ; la deuxième très-dure et cartilagineuse. Hypertrophie considérable des parois et de la cavité de l'utérus, y compris le col. Ablation par morcellement ; difficulté d'enlever ce prolongement antérieur qui s'étend dans le cul-de-sac vésico-utérin. Ablation des trompes et des deux ovaires. Kystes flottants et tubulés appendus au corps de Rosenmüller. Poids du fibrome, 13 kil. 325 gram.	Guérison.	
203	23 septembre 1873.	39	Multiples et interstitielles de l'utérus (fond de l'utérus).	Fibrome.	Tumeurs multiples enchatonnées au milieu de fibres utérines fortement hypertrophiées. Plusieurs de ces tumeurs peu denses, quelques-unes molles et infiltrées, d'autres fort dures. Le fond de l'utérus principalement développé en largeur. Morcellement. Ablation des trompes et des deux ovaires hypertrophiés ; un kyste sanguin dans l'ovaire gauche. Amputation portant très-bas. Pédicule difficile à fixer, à cause de l'épaisseur des parois abdominales et de sa brièveté.	Morte le 3e jour par péritonite.	
204	4 décembre 1873. Drs Dufay et Bouchereau.	41	Interstitielle de l'utérus (fond de l'organe).	Fibrome.	Tumeur principalement développée sur le fond de l'utérus, et enveloppant complétement le corps de l'organe dans sa moitié supérieure. Toute cette partie considérablement hypertrophiée. Ligature métallique placée au-dessous de la tumeur, puis excision en masse de celle-ci. Les dernières portions sont enlevées par morcellement, jusqu'à ce que le couteau rencontre un tissu utérin sain. Toute la trompe gauche hypertrophiée est enlevée avec	Guérison.	Bien réglée. Dans les premiers mois station verticale gênée par la traction du moignon utérin devenu adhérent aux parois du ventre. In-

205	27 janvier 1874.	31	Interstitielle de l'utérus (fond de l'organe).	Fibrome.	Le myome occupe plus particulièrement le fond de l'organe, et celui-ci est considérablement hypertrophié dans toute [illegible] capuchon pro-portionnelle ; la muqueuse qui la tapisse a près de 2 centimètres d'épaisseur. Morcellement. Le myome descend si bas, qu'il faut amputer sur le col près de son insertion vaginale. On enlève en même temps les deux trompes et une partie des ligaments larges qui recouvraient la tumeur. Les deux ovaires conservés. Pédicule à l'angle inférieur. Poids de la tumeur, 4200 grammes.	Guérison.	
206	22 octobre 1874. Dr Guibout.	35	Interstitielle de l'utérus (paroi postérieure).	Fibrome.	Le myome qui est bien développé dans l'épaisseur des fibres utérines, principalement aux dépens de la paroi postérieure, forme une tumeur considérable qui a rendu l'attraction hors du ventre fort difficile. Tout l'utérus et la tumeur sont recouverts par une coque cellulo-fibreuse très-vasculaire, qui a pris quelques adhérences avec le péritoine pariétal dans le flanc gauche ; la rupture de celles-ci détermine une éraillure, et nécessite l'application d'une ligature perdue. La trompe droite, très-hypertrophiée, est accolée à la coque. Dans l'épaisseur du pavillon, un gros kyste sanguin en forme de cornemuse ; l'ovaire droit hypertrophié est enlevé. Ligature et excision d'une longue bride épiploïque qui adhérait à la coque, et était devenue saignante après décollement. Morcellement. Moignon fixé à l'angle inférieur. La coque, qui avait été ménagée pendant l'opération, est ensuite liée en masse, puis excisée et sa base fixée près du moignon. Avec elle fut enlevée aussi la trompe gauche ; l'ovaire du même côté conservé. Poids, 5 kilogrammes environ.	Guérison.	
207	27 avril 1875. Dr Saint-Paul.	33	Interstitielle de l'utérus (paroi postérieure).	Fibrome.	Troubles nerveux considérables : paraplégie, ataxie, hyperesthésie, attaques de nerfs. Fibrome à surface mamelonnée et très-irrégulière, développé aux dépens de la paroi antérieure et du fond de l'utérus ; trois lobes principaux, deux latéraux et un médian, enveloppés d'une coque cellulo-fibreuse très-vasculaire qui paraît se continuer avec le péritoine pariétal. Ablation par morcellement et amputation portant sur le col de la matrice. La partie la plus profonde de la coque est réappliquée autour du moignon, et fixée, comme lui, à l'angle inférieur. Douze pinces hémostatiques laissées en place pendant douze heures sur cette ligne de section. Poids de la tumeur, 3 kilogrammes.	Morte de péritonite au commencement du 4e jour.	
208	12 juillet 1875.	33	Interstitielle de l'utérus (fond de l'organe).	Fibrome.	Tumeur globuleuse, lisse et unie. Pas de coque cellulo-vasculaire. Ablation par morcellement ; utérus très-hypertrophié ; son col, sur lequel porte la section, a de 8 à 10 centimètres de diamètre. Moignon fixé à l'angle inférieur. Poids, 3260 grammes.	Morte de péritonite au commencement du 3e jour.	

II. — TUMEURS FIBRO-CYSTIQUES (1).

209	22 septembre 1869.	41	Tumeur fibreuse sur l'ovaire droit, kyste sur l'utérus hypertrophié.	Fibrome et kyste.	Tumeur complexe : un fibrome de 12 centimètres de hauteur sur 6 de large développé sur l'ovaire droit, et adhérent à une tumeur kystique développée sur la face antérieure et le fond de l'utérus. Le corps et le col de celui-ci extrêmement hypertrophiés ;	Guérison.	Présentée à l'Académie en 1872.

(1) Les observations 209, 210, 211 et 212 ont été publiées *in extenso* dans notre monographie sur l'*hystérotomie ;* toutes les suivantes sont encore inédites.

NUMÉROS.	DATE ET NOM du MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de LA TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. TRAITEMENT DU PÉDICULE. — VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					adhérant en arrière et en haut à l'épiploon. Le kyste plongeait dans le fond du bassin ; non-seulement il adhérait à l'utérus, mais encore au vagin, au rectum, au cul-de-sac recto-vaginal. Deux fils métalliques sont passés, aussi près que possible, du plancher du bassin sur la ligne médiane, et à travers l'utérus à son insertion vaginale, puis on forme deux anses : dans la gauche, on étreint la presque totalité du kyste, une partie du ligament large correspondant et le col utérin ; dans la droite, le reste de l'utérus, la totalité du ligament large droit, et les tumeurs placées plus haut. Excision au-dessus des fils, et cautérisation des surfaces au fer rouge. Deux pédicules se trouvèrent ainsi constitués, puis fixés à l'angle inférieur de la plaie.		
210	2 août 1870.	45	Implantation sur le corps de l'utérus.	Kystes et fibromes multiples.	Implantation sur le corps de l'utérus, excepté dans une partie de sa moitié gauche, de la tumeur principale qui est formée de loges kystiques abandonnant 10 litres par la ponction et d'une masse fibreuse bosselée. Sur la corne gauche de l'utérus, un fibrome plein du volume de la tête d'un fœtus à terme, et supporté par un gros pédicule court. Plus bas et en arrière, troisième fibrome du volume d'un œuf de poule tombant dans le cul-de-sac utéro-rectal. Ligature portée à travers le corps utérin, au-dessous de la masse principale, puis excision de celle-ci par morcellement. Résection du fibrome gauche par écrasement, hémorrhagie, cautérisation au fer rouge ; enfin excision du troisième fibrome. L'arrière-cavité des épiploons remplie de liquide ascitique, qui a pénétré par l'hiatus de Winslow, et simulant une autre tumeur. Incision des feuillets séreux ; écoulement du liquide ; toilette du péritoine. Moignon fixé à l'angle inférieur. Pendant le traitement, abcès péri-vésical et fistule vésicale s'ouvrant en bas de la ligne blanche.	Guérison.	
211	7 août 1871. Drs Delzenne et Love.	37	Sur la face antérieure de l'utérus.	Fibromes à géodes	Quelques adhérences avec l'intestin et l'épiploon. Tumeur enveloppée dans une coque cellulo-séreuse traversée par d'énormes vaisseaux. Incision de la coque, d'où on énuclée la tumeur, puis on morcelle cette dernière. Le morcellement montre qu'il s'agit d'un corps fibreux à géodes. En attaquant la portion pelvienne, on reconnaît qu'elle est unie à l'utérus par des adhérences modérément résistantes que l'on rompt. La coque, partout conservée, est liée en masse ; la partie la plus profonde conservée et traitée à la manière d'un pédicule kystique. Conservation des deux ovaires et de l'utérus intact. Poids de la partie solide vidée de tout liquide, 7500 grammes ; avec le liquide, la tumeur devait peser environ 10 kilogrammes.	Guérison.	
212	6 novembre 1871. Dr Hébert.	38	Fond de l'utérus.	Fibro-kystique.	Pas d'adhérences. D'abord ponction d'un gros kyste donnant 18 litres de liquide chocolat, contenant de nombreux caillots san-	Mort par péritonite le 3e jour.	

					quatrième mois [illegible] par un pédicule de la grosseur du bras. Ligature en masse jetée sur le fond de l'utérus, intéressant une portion des trompes et des ligaments ronds. Conservation des ovaires. Excision du fond de l'utérus. Le restant du corps fixé entre les lèvres de la plaie des parois, et formant un énorme pédicule. La portion solide de la tumeur pesait 10 kilogrammes.		
213	15 décembre 1874.	43	Fond et paroi antérieure de l'utérus.	Fibrome et kyste.	Ventre énorme. Toute la tumeur enveloppée d'une coque cellulo-séreuse, épaisse et très-vasculaire. Incision de cette coque. Ponction des loges, 10 litres de liquide séreux et citrin, et, au fond, louche, puis sanguin. Les vaisseaux deviennent énormes à mesure qu'on arrive au voisinage de l'utérus ; l'énucléation complète nécessite un jeu de pinces considérable. Propension de la vessie à saillir hors du ventre. Ablation du fibrome par morcellement ; il s'insérait sur le fond de l'utérus qui était volumineux, environ comme au cinquième mois de la grossesse. Ce fond utérin est lié, puis sectionné et fixé à l'angle inférieur. Une faible partie seulement de la coque fut excisée ; le reste fut conservé et disposé entre les lèvres de la plaie, de façon à former une barrière contre la pénétration du pus dans la cavité abdominale. La portion solide pesait 7300 grammes Après l'opération, l'utérus conservait encore un gros volume. Le lendemain, expulsion spontanée d'un œuf intact à quatre mois et demi de développement. La malade était veuve depuis neuf ans, et rien n'avait pu faire soupçonner au chirurgien qu'il pût exister une grossesse pendant le développement d'une tumeur aussi volumineuse.	Guérison.	
214	12 juillet 1875. Dr Despaulx-Ader.	31	Fond et paroi postérieure de l'utérus.	Fibrome creusé de cavités kystiques suppurées.	Une ponction cinq semaines avant l'opération : 8 litres de sérosité limpide ; à la suite, péritonite grave. Lors de l'opération, adhérences graves et très-saignantes, en haut et en arrière, avec l'épiploon ; tout à fait en arrière et en bas, ainsi que sur les côtés, avec des anses d'intestin grêle, dont le feuillet séreux est très-enflammé. Pas de coque cellulo-séreuse. Ponction d'abord sans résultat, puis donnant du pus. Décollement des adhérences. Tentatives d'extraction infructueuses, car la tumeur est suppurée et se déchire sous la pince. Odeur horrible de putridité. Morcellement qui fait découvrir une loge remplie de pus, qu'on épuise avec des éponges. Hémostase laborieuse exigeant l'application d'un grand nombre de pinces sur les adhérences décollées. Les anses d'intestin sont si friables, qu'on ne peut les saisir ; elles sont décollées par tractions douces. Mais à ce moment, on reconnaît que trois d'entre elles sont ulcérées : suture par adossement sur les trois pertes de substance. Les parties de la tumeur qui avoisinent l'utérus sont solides, fibreuses, très-dures et non suppurées. Ligature définitive portant très-bas sur le col utérin ; il reste un petit noyau de tissu fibreux, qu'on ne pouvait enlever qu'en amputant tout le col. Le moignon conservé est fixé à l'angle inférieur. On a extirpé l'ovaire gauche qui était flottant dans le ventre, ainsi que sa trompe contenant un kyste sanguin. L'ovaire droit conservé. Poids de la tumeur : 7 kilogrammes environ.	Mort rapide par ulcérations multiples de l'intestin et péritonite.	

NUMÉROS.	DATE ET NOM du MÉDECIN TRAITANT.	AGE.	IMPLANTATION de LA TUMEUR.	NATURE.	PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. COMPLICATIONS. TRAITEMENT DU PÉDICULE. — VOLUME DE LA TUMEUR.	SUITES IMMÉDIATES.	SUITES ÉLOIGNÉES.
					III. — TUMEURS UTÉRO-CYSTIQUES.		
215	31 décembre 1872. Dr Paquelin.	24	Union du corps et du col de l'utérus.	Kystique : 2 grandes loges et 2 petites.	Adhérence générale de l'épiploon en avant. Tumeur à parois épaisses, rouges, rappelant l'utérus par sa couleur. Ponction : 7 litres de liquide épais; consistance de pus; couleur d'ocre, résultant d'un mélange de pus et de sang. Adhérences générales dans la partie profonde de la tumeur. Après l'avoir étranglée aussi bas que possible dans une ligature, excision d'une portion de la poche. Conservation de la partie profonde qui fut traitée, comme les kystes de l'ovaire adhérents, par la méthode par suppuration au contact de l'air.	Guérison.	Menstruation revenant régulièrement par la suite. Pendant les premiers mois, un suintement sanguin se faisait aussi par la cicatrice du pédicule.
216	6 mars 1873. Dr Amussat.	36	Corps de l'utérus.	Kyste uniloculaire.	Pas d'adhérences en avant; en arrière, quelques adhérences faciles à détacher. Le kyste ponctionné donne issue à 7 litres de liquide sanguin fortement chargé de cholestérine. Il s'implante sur le corps de l'utérus qui est hypertrophié, et qui a la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La tumeur a dédoublé les ligaments larges, et pris des adhérences au fond du bassin. Dans ces conditions, excision d'une portion du sac aussi étendue que possible; conservation du fond et traitement par suppuration.	Guérison.	La menstruation est revenue régulièrement par la suite.
					FIBROMES PÉRI-UTÉRINS.		
217	10 juillet 1873. Dr Bauchez.	28	Cul-de-sac vésico-utérin.	2 fibromes.	Coque celluleuse enveloppant entièrement la tumeur. On l'incise, puis on la décolle; de nombreux vaisseaux, venant de l'utérus et de l'ovaire, rampent dans son épaisseur; plusieurs sont plus gros que le petit doigt. Le feuillet pariétal du péritoine a été soulevé par la tumeur qu'il coiffe par en haut; en même temps, la vessie, l'utérus et ses annexes ont été entraînés en haut par le développement du fibrome; le fond de la vessie dépasse l'ombilic. Ablation de la tumeur par morcellement; ligature de la surface d'insertion qui fut fixée entre les lèvres de la plaie. Conservation de l'utérus et de tous ses annexes intacts. Avant de refermer le ventre, le chirurgien, qui avait reconnu la présence d'une autre petite tumeur fibreuse indépendante, grosse comme un œuf de poule, développée au côté gauche du vagin et dans la cloison recto-vaginale, tente de l'énucléer avec le doigt. Mais cette tumeur était comme enchatonnée au milieu des vaisseaux utéro-ovariques et utéro-vaginaux qui nourrissaient la grande tumeur; pendant les tentatives d'énucléation, le doigt déchire un de ces vaisseaux : hémorrhagie de 3 à 400 grammes, aussitôt réprimée au moyen d'une vingtaine de pinces qui furent laissées en place; on abandonne ce fibrome à lui-même et on forme la suture. A l'angle inférieur se trouvent : 1° le pédicule de la tumeur; 2° une portion de la coque celluleuse formant un deuxième pédicule; 3° les pinces hé-	Morte le 4e jour par hémorrhagie.	

TUMEURS DU MÉSENTÈRE.

218	6 novembre 1873. Dr Voury.	40	Mésentère.	Fibrome.	Adhérences, en avant, avec les parois non très-résistantes, mais saignant facilement. Tumeur fibreuse de consistance assez molle, et complétement dépourvue de résistance. Elle adhère en deux points au bassin, du côté droit, par deux prolongements qui se fixent entre la branche horizontale du pubis et l'épine iliaque antérieure. Ces digitations sont saisies dans des ligatures et incisées. Ablation du reste de la tumeur par morcellement. Mais au voisinage de son insertion, elle est plongée au milieu des anses intestinales; en effet, l'implantation se fait dans l'épaisseur du mésentère sur une surface plus large que la paume de la main. Ligature de cette surface, puis excision. On forme avec les trois surfaces de section (deux sur le bassin, une sur le mésentère) trois sortes de pédicules qui sont fixés entre les lèvres de la plaie. Poids, 8 kilogrammes.	Guérison.
219	Novembre 1871.	62	Mésentère.	Fibro-lipome ossifié.	Énorme tumeur fibro-graisseuse, simulant une tumeur fibro-cystique de l'utérus, du poids de 20 kilogs chez une malade déjà très-débilitée. Cette tumeur est remplie, dans son centre, de pétrifications. Incision allant du pubis à l'épigastre; nécessité de scier la tumeur pour l'enlever par morcellement. Pas de perte de sang, grâce aux pinces hémostatiques. Enucléation longue et difficile, ayant duré quatre heures. Conservation du feuillet péritonéal qui entourait la tumeur. Adossement à elle-même de la face profonde ou lipomateuse du péritoine. Rapprochement de toute l'étendue de la surface séreuse à l'angle inférieur de la plaie pour la mettre en contact avec le feuillet pariétal du péritoine.	Pas de phlegmon ni de péritonite. Mort le 4e jour par épuisement nerveux.
220	18 septembre 1873.	40	Mésentère.	Cancer encéphaloïde.	Énorme masse encéphaloïde développée dans l'épaisseur du mésentère, et rappelant assez, au palper, les caractères des kystes aréolaires de l'ovaire, pour que plusieurs chirurgiens aient affirmé l'exactitude de ce dernier diagnostic. Après des hésitations prolongées et suscitées par les doutes que provoquait l'exactitude de ce diagnostic, l'opération est tentée. Pas d'ascite.	Morte par péritonite et épuisement le 3e jour.
					TUMEUR SOLIDE DU LIGAMENT LARGE.	
221	14 octobre 1875.	18	Ligament large droit.	Sarcome médullaire.	Aménorrhée pendant trois mois, en même temps développement du ventre, puis retour régulier des règles. Opération. Pas d'ascite. Tumeur à surface un peu bosselée, d'un jaune grisâtre un peu sale, solide, mais se coupant facilement sous les pinces et se déchirant par les tractions. Elle a le volume d'une tête d'adulte. Une seule adhérence avec l'épiploon sous forme d'un long vaisseau veineux roulé en spirale, et s'engageant dans l'épaisseur de la tumeur. La tumeur provient du ligament large, droit, à environ 4 centimètres de la corne utérine, par un pédicule court, gros comme le pouce. Ce pédicule est lié et traité comme un pédicule de kyste ovarique.	Morte le 2e jour par péritonite. A l'autopsie : trompes, ganglions iliaques et mésentériques cancéreux.

Par la lecture des tableaux qui précèdent, on voit que, jusqu'au 31 décembre 1875, nous avions eu l'occasion de pratiquer 221 fois la gastrotomie dans le but d'extraire de volumineuses tumeurs intra-abdominales de nature diverse.

Si nous faisons le relevé des causes qui ont motivé ces opérations, nous trouvons que :

142 gastrotomies ont été entreprises pour l'ablation de tumeurs kystiques n'intéressant qu'*un seul ovaire ;*

4 pour de doubles tumeurs siégeant à la fois sur les *deux ovaires ;*

2 pour des *kystes dermoïdes* occupant la région ovarique ;

24 pour des tumeurs kystiques ayant pris leur expansion dans l'épaisseur du *ligament large* seul ou en même temps dans le mésentère.

1 pour une *tumeur fibro-cystique de l'ovaire* compliquée d'une double grossesse extra-utérine (obs. 5).

16 pour des tumeurs *fibreuses interstitielles* de l'utérus ;

1 pour un *fibrome sous-péritonéal* de l'utérus (obs. 201) ;

8 pour des *tumeurs fibro-cystiques* de l'utérus ;

2 pour des tumeurs occupant le *cul-de-sac vésico-utérin :* l'une *fibreuse* (obs. 218), l'autre formée par un kyste *hydatique* (obs. 159) ;

6 pour des tumeurs siégeant dans l'*épaisseur du mésentère*, ainsi réparties d'après leur nature : 2 cancéreuses, l'une encéphaloïde et entièrement solide (obs. 219) ; l'autre encéphaloïde et kystique (obs. 167) ; — une fibreuse (obs. 217) ; — 1 fibro-graisseuse (obs. 219) ; — 1 d'apparence fœtale, à la fois solide, osseuse et kystique (obs. 122) ; — la dernière, franchement kystique (obs. 86).

1 pour une tumeur développée à la suite d'une *entéro-péritonite adhésive*, qui avait agglutiné ensemble toute la masse des intestins, des épiploons et du mésentère, compliquée d'une ascite énorme, et qui résultait d'in-

jections iodées faites, par erreur, directement dans la cavité abdominale (obs. 72).

1 pour une *tumeur kystique* développée dans la *rate* hypertrophiée (obs. 191);

12 enfin pour des tumeurs cancéreuses de forme kystique, développées dans la région de l'ovaire ou pour des dégénérescences colloïdes du péritoine, enkystées ou non, mais qui formaient des tumeurs occupant en grande partie la cavité abdominale.

Outre ces tumeurs cancéreuses de forme kystique ou de consistance molle et comme liquide, nous avons rencontré :

1 *tumeur cancéreuse solide* (sarcome médullaire) développée sur le ligament large en un point très-voisin de l'ovaire (obs. 220).

221

Examinons maintenant séparément chacun de ces groupes.

1° Tumeurs kystiques de l'ovaire ou du ligament large.

Les *méthodes employées* pour le traitement des kystes de l'ovaire ont été : 1° l'*ablation totale*, toutes les fois que le kyste a été trouvé non adhérent, ou bien lorsque les adhérences plus ou moins étendues qui l'unissaient aux organes voisins ont pu être rompues et que la tumeur kystique était pourvue d'un pédicule. Cette méthode a pu être employée dans 126 cas ; 2° l'*ablation partielle* avec destruction par suppuration de la portion profonde de la poche conservée, quand les adhérences se sont présentées si généralisées, si résistantes qu'il n'était pas possible de les diviser sans faire courir de grands risques aux organes voisins sur lesquels elles s'inséraient (l'intestin, le péritoine ou la vessie, par exemple), — ou quand le pédicule a été trouvé si court qu'il n'eût pas été possible de l'amener et de le fixer à l'angle inférieur de la plaie. Nous avons recouru seize fois à cette méthode.

Chez les quatre malades qui portaient un kyste sur chaque ovaire, les deux pédicules ont été également fixés vers l'angle inférieur de la plaie, bien que, dans un cas, l'un des pédicules ait été tellement court qu'il ne pût être fixé et maintenu qu'à l'aide de pinces hémostatiques laissées à demeure.

La conduite tenue au sujet des deux malades qui portaient des kystes dermoïdes de la région de l'ovaire a été la même que pour les tumeurs kystiques ordinaires de l'ovaire et pourvues d'un pédicule.

Résultats généraux. — 142 kystes de l'ovaire soumis par nous à la gastrotomie ont donné :

110 succès.
32 insuccès.

Soit une proportion de 77,4 guérisons pour 100 opérations.

Les deux ovariotomies tentées pour l'extraction de kystes dermoïdes ont abouti à la guérison.

Des quatre malades qui portaient en même temps un kyste sur chaque ovaire, deux seulement ont guéri.

Durée du traitement. — Quant au temps après lequel nos malades ont été remises sur pied et complétement rendues à la santé, il a varié beaucoup, suivant le procédé de traitement employé. C'est ainsi qu'après l'ablation totale nos malades ont pu presque toutes se lever du quinzième au vingtième jour après l'opération, et quitter la maison où elles avaient été opérées après un délai qui n'a jamais excédé un mois. Au contraire, avec l'ablation partielle et avec le mode que nous avons qualifié dans les tableaux « Traitement par suppuration, » certaines malades ont vu écouler plusieurs mois et même des années avant d'arriver à une guérison complète. Mais, à part l'inconvénient d'un trajet fistuleux qui peut parfois suppurer pendant un temps aussi long, on peut dire que la guérison est la règle après la cinquième ou la sixième semaine qui suit l'opération; deux de ces malades conservent encore un trajet fistuleux, mais sont hors de danger.

Les 24 kystes du *ligament large*, traités par la gastrotomie, ont donné :

13 succès.
11 insuccès.

Soit une proportion de 54,2 guérisons pour 100 opérations, et qui représente la moyenne la plus défavorable de nos divers groupes de gastrotomies.

Presque tous ces kystes étaient dépourvus de pédicules et avaient décollé plus ou moins profondément le feuillet pariétal du péritoine qui tapisse la fosse iliaque, le fond du bassin et le mésentère ; le plus grand nombre d'entre eux ont dû être traités par la méthode de suppuration avec canule à demeure. Dans plusieurs cas, le décollement du tissu cellulaire sous-péritonéal s'étendait si loin qu'il a fallu, pour assurer l'écoulement du pus, faire le drainage du cul-de-sac postérieur du vagin. Dans un cas, l'adhérence du kyste avec le côté correspondant de l'utérus, qui était lui-même hypertrophié, a été telle qu'il a fallu pratiquer en même temps l'hystérotomie. Cette malade a guéri (obs. 107). Avec presque tous les kystes du ligament large, nous avons rencontré des adhérences très-étendues et très-graves.

Si, ne tenant plus compte du point d'implantation des tumeurs kystiques, on cherche à se renseigner sur le degré de fréquence relative du *mode suivant lequel leur intérieur est disposé* (1), on reconnaît que 25 d'entre elles seulement étaient uniloculaires ; — 75 multiloculaires ; — 43 mixtes, c'est-à-dire formées à la fois de plusieurs loges et d'un ou de plusieurs espaces aréolaires ; — et, enfin, que 12 étaient complètement

(1) On remarquera que les totaux indiquant le mode de disposition intérieure des kystes et la nature du contenu ne correspondent pas rigoureusement à la somme des kystes opérés. Cela tient à ce que quelques-unes de nos observations, notamment celles de certaines malades opérées en 1869, 1870 et 1871 ont été recueillies par M. Tilloy et se sont trouvées égarées après sa mort presque subite. Nos indications se trouvent ainsi fatalement incomplètes. Si regrettables que soient ces lacunes, elles ne portent que sur des détails secondaires, mais nos résultats généraux sont complets.

aréolaires. Nous ferons observer, toutefois, que le plus grand nombre des kystes multiloculaires contiennent presque toujours des parties aréolaires; nous les avons donc qualifiés de multiloculaires lorsque ces espaces aréolaires étaient très-bornés. Nous avons rangé parmi les kystes mixtes les tumeurs dont les portions aréolaires formaient au moins le cinquième ou le quart de leur masse totale. Sous le rapport du résultat définitif, les 35 kystes uniloculaires ont donné : 30 guérisons, 5 insuccès, soit une proportion de 85,7 p. 100; — les résultats des 75 kystes multiloculaires se répartissent ainsi : guérisons, 57; insuccès, 18; soit 76 p. 100; — les 43 kystes mixtes : guérisons, 33; insuccès, 10; soit 76,74 p. 100; — les 13 aréolaires : guérisons, 9; insuccès, 4; soit 69,2 p. 100.

Envisagés sous le rapport de la *nature du liquide contenu*, les kystes de l'ovaire et du ligament large ont donné dans 50 cas un liquide séreux, visqueux dans 48, sanguin dans 18 et complétement purulent chez 31 malades. Il n'est pas douteux que la nature du liquide rencontré dans la tumeur ne doive entrer en ligne de compte au point de vue du pronostic, puisque sur 50 kystes à contenu complétement séreux, nous avons vu le résultat de l'opération être favorable dans 46 cas; — au contraire, 48 kystes à contenu visqueux n'ont fourni que 37 succès; — 18 kystes sanguins, 13 succès, — et 31 kystes purulents, 17 guérisons seulement. Il y a là, en effet, une proportion décroissante bien accusée.

Si nous cherchons à nous former une idée *du degré de fréquence des adhérences* qui unissent le kyste au feuillet pariétal du péritoine, aux viscères, au mésentère et aux divers organes abdominaux, nous voyons que, sur l'ensemble des 142 kystes ovariques seulement : 30 étaient complétement dépourvus d'adhérences; — 18 étaient partiellement adhérents et sur des surfaces peu étendues; — 55 présentaient des adhérences très-étendues; — 39 étaient complétement adhérents. Les surfaces sur lesquelles se font les adhérences sont, par *ordre de fréquence :* 1° le feuillet pariétal du péritoine, en avant; 2° le grand épiploon; 3° le mésentère; 4° l'intestin grêle; 5° l'uté-

rus et le péritoine pariétal qui garnit le bassin. En dehors des difficultés opératoires qui résultent de la présence et de l'étendue des adhérences, et qui ont pour premier effet fâcheux de prolonger la durée de l'opération, tous les ovariotomistes ont insisté sur le grand rôle qui revient aux adhérences au point de vue des suites de l'opération et de son résultat définitif. Sans insister longuement, mais pour prendre date dès aujourd'hui, nous tenons à dire que nous nous estimons en droit de déduire, de l'ensemble de nos opérations, des opinions qui, nous le croyons bien, nous sont entièrement personnelles sur cette influence des adhérences.

C'est ainsi, par exemple, que nous serions assez disposé à abandonner l'opinion qui admet que les kystes qui sont absolument dépourvus d'adhérences sont ceux qui donnent les meilleurs résultats à l'ovariotomiste. En effet, sur 30 kystes de cette catégorie, nous n'avons constaté que 23 guérisons, soit une moyenne de 76,6 p. 100. Au contraire, sur 18 kystes présentant des adhérences partielles, mais encore peu étendues, nous avons vu guérir 17 malades et une seule succomber ; et sur 55 kystes présentant des adhérences extrêmement étendues, nous comptons 47 guérisons et 8 insuccès, chiffres qui nous fournissent respectivement comme moyennes 94,4 et 85,4 p. 100, nombres supérieurs à celui du premier groupe. Nous réservons pour une publication ultérieure l'explication de ce fait qui, tout insolite qu'il puisse paraître au premier abord, nous semble, en réalité, reposer sur des causes ressortissant entièrement à la physiologie et à l'anatomie pathologique. Quant aux kystes complétement adhérents, ce sont ceux qui donnent les résultats les moins favorables : 23 guérisons, 16 insuccès sur 39 cas, soit 58,9 p. 100. Les motifs de ce fait sont faciles à tirer de la durée toujours longue de l'opération, de l'étendue et de l'importance des délabrements qu'amène nécessairement la rupture des adhérences, des complications auxquelles celles-ci prédisposent, de l'état souvent éraillé et saignant du feuillet pariétal du péritoine conservé, etc.

Enfin, il est des cas où l'étendue, la solidité des adhérences

sont telles, qu'il n'y a pas à songer à les rompre dans la crainte de déchirer les organes délicats, tels que l'intestin ou de gros vaisseaux, sur lesquels elles s'insèrent, ou bien sous peine de s'exposer à une hémorrhagie en nappe, tant leur texture est vasculaire ; c'est alors que nous avons mis en pratique notre procédé par ablation partielle de la poche, en conservant le fond de la tumeur que nous abandonnons à la suppuration, avec une canule à demeure pour conduire le pus et faciliter les lavages. Cette méthode appliquée 16 fois, tant pour des kystes ovariques complétement adhérents que pour des kystes développés dans l'épaisseur du ligament large et dépourvus de pédicule, dont il a déjà été parlé, a donné 11 succès et échoué chez 5 malades. C'est donc une moyenne de 68,7 succès p. 100, proportion supérieure de près d'un dixième à la moyenne fournie par le précédent groupe. Et comme il s'agissait, en général, quand nous avons recouru à la méthode de traitement par suppuration, des complications les plus graves et les plus insurmontables, nous ne croyons pas nous abuser en avançant que ce mode de traitement paraît être encore des plus avantageux.

Il y aurait grand intérêt aussi à insister sur l'influence que peuvent avoir la *structure et le degré d'organisation des adhérences*. Cette influence, en effet, est de premier ordre ; mais ce serait nous engager dans des considérations hors de proportion avec les limites de ce relevé général. Nous les réservons donc pour un travail plus complet qui paraîtra ultérieurement. Toutefois, il est un fait qui doit trouver place ici : c'est le relevé des opérations dans lesquelles nous avons excisé, après avoir préalablement appliqué une ligature en masse, un lambeau d'épiploon plus ou moins étendu. Chaque fois que nous avons tenu cette conduite, nous avons eu le soin de fixer le moignon épiploïque, avec l'anse métallique qui l'étreignait, entre les lèvres de la plaie des parois abdominales, à la manière du pédicule ordinaire d'un kyste. Nous en sommes venu à cette extrémité chez neuf malades qui présentaient des surfaces épiploïques trop disposées à saigner ou à s'enflammer pour qu'il n'y eût

pas danger à réduire dans le ventre tout le feuillet séreux; sept de ces malades ont guéri.

A *quelle période de la vie* les productions kystiques siégeant sur l'ovaire ou dans son voisinage sont-elles le plus fréquentes? Nous voyons, sur un groupe de 168 observations dans lesquelles l'âge des malades a été soigneusement noté, que :

32	étaient entre	30 et 35	ans.
26	—	25 et 30	—
23	—	35 et 40	—
20	—	40 et 45	—
19	—	50 et 55	—
15	—	45 et 50	—
14	—	20 et 25	—
7	—	15 et 20	—
7	—	55 et 60	—
5	—	60 et 70	—

C'est donc à la période moyenne de la vie que les productions kystiques de l'ovaire paraissent avoir leur maximum de fréquence. Partant de ce point comme d'un sommet, on voit cette fréquence décroître graduellement et dans une proportion sensiblement analogue à mesure que l'on descend ou que l'on remonte le cours de la vie, la fréquence étant un peu plus grande toutefois quand on se rapproche de la première jeunesse que lorsque la femme avance vers la vieillesse. Pourtant, aux deux âges extrêmes de la vie, à l'adolescence et à la vieillesse, nous voyons la proportion redevenir identique et être représentée dans notre groupe par le même chiffre : 7.

Si d'un autre côté et sans tenir compte du volume du kyste, de la nature de son contenu, des adhérences qu'il a pu présenter ou non, ni des complications opératoires, nous cherchons à nous rendre compte de la *part que l'âge paraît avoir sur le résultat définitif* de l'opération et du traitement, nous trouvons que la proportion la plus forte des guérisons a été donnée par des femmes dans toute la force de l'âge adulte, de 35 à 40 ans : sur 23 opérations, 20 guérisons; — puis par les jeunes filles de 15 à 20 ans : 6 guérisons sur 7 opérations; —

l'âge suivant, de 20 à 25 ans, donne encore des résultats analogues : 14 opérations, 12 succès; — ensuite arrivent la première période de l'âge adulte (de 30 à 35 ans) : 32 cas, 26 guérisons; — puis la seconde période de l'âge adulte (de 40 à 45 ans), 14 guérisons sur 20 opérations; enfin, l'âge de retour et la seconde période de la jeunesse paraissent donner encore des résultats sensiblement analogues : de 45 à 50 ans : 15 opérations, 11 guérisons; — de 50 à 55 ans : 19 opérations, 12 guérisons; — et, d'autre part, de 25 à 30 ans : 26 opérations donnant 17 succès. Pour ce qui est de l'influence de la vieillesse, elle paraît être manifeste. Ainsi, de 55 à 60 ans, nous trouvons 5 succès sur 7 opérations, et après 60 ans, de 60 à 70, nous avons vu nos efforts rester toujours impuissants. Mais il faut bien convenir que cette série n'est pas assez nombreuse pour devenir absolument significative ; d'un autre côté, nos 5 malades présentaient des conditions de santé générale on ne peut plus mauvaises.

Sous le point de vue du *siége*, nous voyons que, d'une façon générale, c'est bien l'ovaire même ou les points très-immédiats de son voisinage qui donnent le plus souvent insertion au pédicule de la tumeur : 111 fois sur 138 cas notés. Quatre fois seulement la production kystique était double et intéressait en même temps les deux ovaires. Quant à savoir lequel des deux de ces organes est trouvé le plus souvent atteint, question longuement débattue par certains auteurs et avec une certaine insistance, nous avouons ne pas bien comprendre l'importance pratique de cette discussion. Nous nous bornerons à noter que dans les cas par nous observés nous remarquons une certaine prédominance en faveur de l'ovaire gauche, prédominance qui se chiffre par un cinquième environ : 59 contre 48 à droite.

Il reste un dernier point à examiner : *quelles affections se sont produites le plus souvent à la suite de l'opération* et ont amené une terminaison fatale ? En première ligne il faut placer la péritonite (19 fois), qui s'est toujours produite dans les premiers jours qui ont suivi l'opération. Après vient l'épuisement, le défaut de réaction, en un mot cet ensemble de symptômes

graves succédant aux grands traumatismes, que les Anglais représentent par un seul mot, le *shock* : 9 fois. Une malade a été emportée par une hépatite aiguë (obs. 23), une autre par une péricardite aiguë (obs. 183) ; deux par des accidents thoraciques (obs. 3 et 96). Les complications d'ordre nerveux ont été relativement fréquentes. Parmi celles-ci il faut placer d'abord le tétanos, qui est bien la plus terrible de toutes puisqu'elle vient frapper les opérées au commencement de la convalescence. Trois de nos malades ont été enlevées par cette affection : la première (obs. 31) a succombé en pleine convalescence, le 32e jour après l'ablation d'un kyste simple, non adhérent et à contenu séreux (1) ; la seconde (obs. 95), le 9e jour, et il s'agissait encore d'un kyste simple et sans adhérence ; la troisième (obs. 124), le 12e jour ; seule cette dernière malade était âgée. Quatre autres ont été emportées par des accidents nerveux graves, avec délire et, dans deux cas, avec symptômes de véritable manie aiguë (obs. 35, 101, 122, 149). Deux malades ont été frappées de mort subite, l'une (obs. 50) le 19e jour, l'autre (obs. 131) le 9e. L'étranglement interne et les symptômes d'occlusion intestinale ont aussi été notés trop souvent : deux malades ont péri par étranglement, et l'une d'elles le 26e jour après l'opération ; quatre autres ont présenté des accidents d'occlusion temporaire, soit peu de jours après l'opération, soit, au contraire, alors qu'elles étaient en pleine convalescence, mais n'ont pas succombé.

Des 12 *tumeurs kystiques de mauvaise nature* que nous avons rencontrées et qui étaient développées dans le ligament large, le bassin et le mésentère, 7 étaient franchement kystiques

(1) Cette jeune malade, habitant un de nos départements des Pyrénées, était en état de rentrer chez elle le vingtième jour. Nous l'avions vivement engagée à le faire, ayant nous-même à nous absenter de Paris à ce moment. Au lieu de cela elle prolongea son séjour à Paris en vue de visiter cette ville qu'elle ne connaissait pas. A la suite d'une très-vive émotion, ressentie le vingt-quatrième jour, elle présenta quelques accidents nerveux ; les jours suivants, trismus léger ; ce ne fut qu'au bout de trois jours que cette complication devint manifeste. Quand nous fûmes averti le tétanos était déclaré, et la malade succomba après huit jours d'accidents nerveux.

et à contenu liquide, toujours plus ou moins chargé de pus et de cellules épithéliales. A leur base se trouvait une surface plus ou moins épaisse, sorte de *gâteau* de substance encéphaloïde. Les 5 autres avaient l'apparence colloïde : dans 3 cas la matière colloïde était complétement enkystée dans une membrane cellulo-fibreuse très-mince, extrêmement friable, pourvue de vaisseaux sanguins en grand nombre et complétement adhérente aux organes voisins ; 2 étaient formées par la dégénérescence en masse des épiploons, du mésentère et même d'une grande partie du feuillet viscéral du péritoine qui enveloppe l'intestin.

2° Hystérotomies pratiquées pour l'ablation de tumeurs fibreuses utérines.

Les 17 hystérotomies pratiquées en vue de débarrasser les malades de volumineux fibromes utérins ont abouti 11 fois à la guérison et ont donné 6 insuccès ; c'est une proportion de 64,7 guérisons pour 100 opérations. Ajoutons que nous ne nous sommes jamais décidé à recourir à l'hystérotomie qu'en présence de fibromes d'un gros volume occasionnant des accidents graves et menaçant l'existence des malades à bref délai (métrorrhagies répétées, anémie profonde, épuisement, troubles de la digestion, de l'innervation (paraplégie, troubles intellectuels) et, dans un cas (obs. 197), devant l'imminence d'une asphyxie par cause mécanique.

Notre *manuel opératoire* a peu varié dans chacun de ces cas, mais il n'en est pas de même de notre conduite à l'égard des annexes de l'utérus (trompes, ovaires, ligaments larges) ou des complications que nous avons rencontrées au cours des opérations. Nous en reparlerons plus loin. D'une façon générale, voici en quoi a consisté le manuel opératoire :

Après incision des parois abdominales sur la ligne blanche et division du feuillet antérieur du péritoine pariétal, la tumeur se trouvant mise à nu, nous procédons à son extraction partielle. Dans ce but nous traversons la partie qui se présente entre les

lèvres de la plaie avec des fils métalliques qui, recourbés en anses, permettent d'exercer facilement des tractions ménagées. Dès qu'une portion de la tumeur a pu être dégagée, nous la traversons de nouveau, aussi bas que possible, au moyen d'un double fil métallique dont les chefs sont parallèles et adossés; chaque fil, formé en anses et ses bouts engagés dans un ligateur, va fournir une solide ligature latérale qui assure l'hémostase. Il faut nécessairement avoir le soin d'assujettir ces ligatures, de peur qu'elles ne se déplacent, et être prêt à les resserrer suivant les besoins. Si la tumeur est très-volumineuse les premiers fils ne peuvent qu'affecter une direction oblique par rapport au grand axe du corps, et nos coupes de morcellement prennent une disposition angulaire à sommet inférieur, en vue de diminuer autant que possible le diamètre du néoplasme et de faciliter le dégagement ultérieur de sa partie profonde. La tumeur est-elle moins volumineuse, nos deux premières ligatures peuvent prendre d'emblée une direction équatoriale ou même, pour des tumeurs de diamètre médiocre, être passées très-près de la surface d'implantation. Dans ce dernier cas le morcellement pourrait devenir superflu. Mais quand il est nécessaire nous passons nos ligatures d'attente de plus en plus bas, à travers la tumeur; nous excisons tout ce qui est au-dessus des fils, jusqu'à ce que, enfin, nous ayons pu attirer hors du ventre tout le fibrome. Nous ne cessons nos manœuvres que lorsque la section porte sur le tissu utérin sain, à moins que le fibrome n'envoie un prolongement jusque dans le museau de tanche, auquel cas il faut bien se résigner à en laisser un fragment, que nous voulons le plus petit possible, au-dessous de la ligature définitive. Celle-ci est encore faite à l'aide de deux fils métalliques passés à travers le moignon conservé et étreignant la surface en deux moitiés, droite et gauche. Cette surface, attirée et fixée vers l'angle inférieur de la plaie, reçoit la disposition ordinairement donnée aux pédicules des kystes ovariques. En agissant ainsi, nous n'avons jamais eu d'hémorrhagie ni pendant l'opération, ni après elle, complication si fortement redoutée par quelques chirurgiens distingués, qu'ils ont déclaré

renoncer à pratiquer l'hystérotomie dans la crainte de ne pouvoir la maîtriser. Une seule fois il nous advint, pendant les dernières manœuvres du morcellement, qu'une de nos ligatures d'attente se rompit ; un gros jet de sang jaillit. Il nous suffit de saisir dans la main la portion d'utérus déliée et de la comprimer pour faire aussitôt cesser tout écoulement pendant qu'on remplaçait le fil rompu.

Des 17 fibromes utérins qui furent le sujet des observations qui précèdent, 15 étaient franchement interstitiels ; 1 seul était sous-péritonéal (obs. 201) ; chez une malade (obs. 202), il existait un fibrome interstitiel du fond de l'utérus, et un autre sous-péritonéal développé sur la face antérieure de l'organe. Chez deux malades (obs. 195 et 203), nous avons trouvé des fibromes multiples enchatonnés au milieu de fibres utérines hypertrophiées. Il va sans dire que les plus superficiels de ces fibromes étaient sous-péritonéaux, et ceux qui étaient plus profondément situés, interstitiels.

15 de ces myomes étaient compactes dans toute leur étendue, mais toujours plus ou moins infiltrés de sérosité. Chez la malade qui fait le sujet de l'observation 199, la quantité de sérosité était rapidement devenue si abondante dans les derniers jours qui précédèrent l'opération, que la tumeur donnait une fausse fluctuation et que le diagnostic aurait été impossible pour qui n'eût pu s'appuyer sur de précédents examens. Chez une autre malade, qui portait un corps fibreux à géodes (obs. 201), l'infiltration de sérosité était telle, que des chirurgiens de grand mérite affirmèrent jusqu'au dernier moment qu'il devait s'agir d'un kyste ovarique mixte. Par contre une autre malade nous offrit un tissu fibreux tellement dense, qu'on n'y découvrait trace de sérosité infiltrée (obs. 197) ; ce tissu criait sous le couteau, était même calcifié par places, et son morcellement exigea des efforts d'autant plus grands que son volume était énorme ; il pesait 16,500 grammes. Une tumeur sous-péritonéale était si dure, qu'il fallut recourir à la scie, tandis que le fond de l'utérus de la même malade (obs. 202) portait un fibrome à géodes qui se laissait facilement attaquer par le

bistouri. Deux fois seulement nous avons rencontré des corps fibreux à géodes (obs. 201 et 202).

La portion de l'utérus qui s'est trouvée le plus souvent être le siége du néoplasme est le fond de l'organe. Quatre cas seulement font exception : deux fois le fibrome occupait la paroi postérieure (obs. 206 et 207) ; — une fois, la paroi antérieure (obs. 211) ; — une autre fois, cette même paroi et le fond de l'organe (obs. 213). Il est d'ailleurs assez difficile de préciser rigoureusement ce siége, car pour peu que la forme du fibrome ne soit pas régulière, qu'elle soit mamelonnée et bosselée, la forme de l'organe qui le supporte est d'ordinaire également modifiée. C'est ainsi que chez la malade de l'observation 196, le néoplasme occupait plus spécialement le fond et la moitié droite de l'organe ; il en résultait des changements importants dans la direction du corps et du col de l'utérus, ainsi que dans les rapports présentés par les organes intra-pelviens. Ces modifications ne furent pas sans importance sur le manuel opératoire, puisqu'elles nous obligèrent à changer notre procédé habituel et à nous abstenir de certaines précautions que nous avions toujours eues jusque-là, notamment celle d'enlever les deux ovaires. Or cette malade ayant été emportée par une hématocèle rétro-utérine qui prit sa source dans l'ovaire conservé, nous nous reprochâmes cette conduite et nous crûmes alors devoir en tirer une conclusion qu'une pratique plus étendue devait bientôt nous montrer être sans fondement.

Nous avons dit, en exposant le manuel opératoire, que le péritoine ouvert, la tumeur se montrait directement aux regards. Ceci n'est pas vrai dans tous les cas, puisque dans quatre d'entre eux (obs. 197, 200, 206, 207), nous avons trouvé le myome utérin complétement enveloppé d'une *coque cellulo-fibreuse* assez fortement vasculaire et tapissée, dans toute l'étendue de sa surface, qui proémine dans la cavité abdominale, par un feuillet séreux. Cette coque peut devenir la cause d'importantes complications, d'abord par les adhérences qu'elle prend souvent sur de larges surfaces avec les organes voisins, tandis que les myomes utérins dépourvus de cette enveloppe ne

sont jamais adhérents. C'est ce qui se produisit notamment dans les opérations 197 et 206. Mais c'est surtout chez la malade dont l'observation est consignée sous le n° 200 que cette disposition nous suscita les difficultés les plus grandes. Non-seulement la coque avait contracté des adhérences à peu près générales avec les intestins, mais l'incroyable élongation qu'elle avait fait subir à la vessie, qu'il ne nous fut pas possible de reconnaître à l'avance dans son épaisseur et qui fut atteinte par le bistouri presque dès le début de l'opération, suffit à en faire comprendre la gravité.

Un autre embarras apporté par l'existence de cette coque provient de son extrême vascularité, du nombre et du volume des vaisseaux veineux qui la traversent toujours. C'est pour les réprimer, lors de la section, que nous avons fait construire, il y a plusieurs années, nos pinces à longs mors linéaires, dites en *T*, et nos pinces hémostatiques pour larges surfaces, dites, à cause de leur forme, *pinces en cœur*.

Un troisième inconvénient résultant de la présence de cette coque est qu'il n'est pas possible d'exciser celle-ci à son insertion au fond du bassin, sous peine de faire subir au péritoine, qui la double extérieurement et qui se continue par en bas avec le feuillet séreux du bassin, un délabrement dont on s'expliquerait aisément les conséquences dangereuses. Il faut donc, après en avoir excisé la partie la plus étendue, conserver la portion profonde que l'on réapplique autour du pédicule utérin et que l'on fixe avec lui vers l'angle inférieur de la plaie. On agit alors comme pour les kystes ovariques complétement adhérents que nous soumettons à cette méthode de traitement que nous avons nommée par suppuration.

Un dernier ennui est que cette coque vasculaire n'ayant pas été prise, dans plusieurs cas, dans la ligature à demeure placée sur le pédicule utérin, nous avons dû laisser sur sa ligne de section des pinces hémostatiques pendant six, huit ou même douze heures, pour mettre la malade à l'abri de toute chance d'hémorrhagie. D'après ce que nous venons de dire, on a déjà compris qu'elle est notre conduite à l'égard de cette coque dès

le début de l'opération : aussitôt sa présence reconnue, nous l'incisons crucialement et nous la décollons de la surface de la tumeur pour rejeter les lambeaux en dehors jusqu'au moment où le myome a pu être complétement énucléé. Celui-ci enlevé par morcellement et le pédicule utérin lié, nous excisons alors la majeure partie de la coque celluleuse pour n'en conserver que la partie la plus profonde, que nous disposons comme il vient d'être dit.

Deux fois (obs. 197 et 206) nous avons dû reséquer des lambeaux d'épiploon qui, après la rupture des adhérences qu'ils avaient prises sur les coques, étaient restés si éraillés et si saignants qu'il nous parut périlleux de les réduire dans le ventre. Dans les deux cas, la surface de section épiploïque fut fixée entre les lèvres de la plaie des parois. Chez la malade de l'observation 197, nous avons eu à nous repentir de ne pas avoir poussé cette résection plus loin ou tout au moins de ne pas avoir fixé entre les lèvres de la plaie des parois une seconde bride épiploïque également fort éraillée. En effet, cette bride, tombant dans le fond du bassin, y avait pris des adhérences, comme nous le vîmes à l'autopsie, et causé un étranglement interne qui enleva la malade.

Quelle conduite tenir à l'égard des trompes et des ovaires? A l'origine, nous nous faisions un devoir d'enlever toujours ces derniers, qu'ils fussent malades ou sains. De 9 malades ainsi traitées, 6 guérirent, soit les deux tiers. Mais nous voyons que 3 autres malades chez lesquelles nous n'enlevâmes qu'un seul ovaire, le second étant laissé en place, donnent une proportion de succès identique : 2 guérisons, 1 insuccès. Enfin, sur 5 malades hystérotomisées, mais avec conservation des deux ovaires, nous trouvons 3 succès et 2 morts. S'il ne résulte pas de ces chiffres, trop peu nombreux, une conclusion bien précise, on serait pourtant tenté d'admettre que l'avantage reste au groupe qui n'a pas subi l'extirpation des ovaires. Cette conclusion est importante pour nous qui avons professé, à une certaine époque, une opinion diamétralement opposée, et que nous nous croyions d'autant mieux fondé à défendre que nous avions

vu succomber une de nos malades à une hématocèle rétro-utérine de source ovarique. Quant aux trompes, elles ont été partiellement enlevées chez toutes les malades, et il n'en pouvait être autrement puisque nous excisions le fond de l'utérus sur lequel elles s'insèrent; elles ont été totalement enlevées toutes les fois que les deux ovaires ont été eux-mêmes extirpés, c'est-à-dire dans 9 cas.

Une *complication des fibromes* utérins qui paraît assez fréquente, puisque nous l'avons rencontrée 6 fois, soit dans plus d'un tiers des cas, c'est la *formation de kystes*, de volume fort variable d'ailleurs, dans une ou plusieurs des annexes de l'utérus : obs. 193, un kyste du volume d'une noisette dans l'ovaire droit; — obs. 199, kyste sanguin du volume d'un œuf de poule dans un des pavillons des trompes; — obs. 201, l'ovaire gauche dégénéré et comme fibreux; — obs. 202, kystes tubulés flottants, intriqués et noués entre eux de manière à former une grappe, et provenant du corps de Rosenmüller; — obs. 203, kyste sanguin dans l'ovaire gauche; — obs. 206, un gros kyste sanguin de la forme d'une cornemuse dans l'un des pavillons des trompes. La cause de ces derniers faits était-elle toujours imputable à la présence du myome? Nous ne le pensons pas, nous croyons qu'il n'y a eu souvent qu'une coïncidence. Quoi qu'il en soit, cela nous a paru bon à noter.

Toutes les malades que nous avons soumises à l'hystérotomie étaient dans *l'âge* adulte, plusieurs même arrivaient à l'âge de retour. Une seule avait moins de 30 ans; — 8 étaient au-dessous de 40 ans; — 7 étaient entre 40 et 50 ans; — la plus âgée avait 51 ans. De 30 à 40 ans, nous trouvons 4 succès et 4 insuccès; — toutes les malades entre 40 et 50 ans ont guéri. La diminution de l'activité de la fonction utérine aurait-elle une influence sur la guérison? C'est une question que nous ne pouvons que nous permettre de poser aujourd'hui; nous manquons encore d'un nombre suffisant d'observations pour la résoudre. Un autre fait, que nous nous bornons également à noter, est que les malades chez lesquelles les deux ovaires ou même un seul ovaire ont été conservés, ont continué pour la

plupart à voir régulièrement leurs règles après l'opération, bien que le corps utérin fût enlevé en entier et qu'il ne restât chez quelques-unes qu'une faible portion du col. Cette persistance du flux cataménial ne s'est pas montrée chez les malades dont les deux ovaires avaient été extirpés.

Quant aux 6 insuccès, voici quelles *causes* déterminèrent la *terminaison fatale* : 4 succombèrent à une péritonite, et chez l'une de ces malades (obs. 200) l'inflammation eut son point de départ dans l'étendue et la vascularité des adhérences qu'il fallut rompre, et peut-être aussi dans le passage, à travers la boutonnière accidentellement faite à la vessie et que nous nous efforçâmes pourtant de suturer soigneusement, de l'urine dans la cavité péritonéale ; — une malade (obs. 196), chez laquelle un ovaire avait été conservé, succomba à une hématocèle rétro-utérine ; — enfin la sixième (obs. 197) fut emportée par un étranglement interne sur la production duquel nous nous sommes déjà expliqué.

La *durée du traitement* a été la même que pour les kystes ovariques ; presque toutes les malades ont pu se lever du quinzième au vingtième jour ; au bout d'un mois, elles quittaient la maison de santé. L'une d'elles (obs. 201) a été retenue plus longtemps au lit par suite de la formation, pendant le traitement, d'un phlegmon de la fosse iliaque qui alla s'ouvrir spontanément dans le rectum. Les malades qui portaient une coque cellulo-fibreuse autour de la tumeur et qui furent traitées par la méthode dite par suppuration, furent plus longtemps à arriver à la guérison définitive. Elles eurent l'inconvénient de porter pendant un ou plusieurs mois, et même plus longtemps, une fistule à l'hypogastre, qui ne compromettait d'ailleurs en rien la santé générale.

3° Tumeurs fibro-cystiques.

Les 6 ablations par la gastrotomie de tumeurs fibro-cystiques ont donné comme résultats : 4 guérisons et 2 insuccès, soit une proportion des deux tiers pour les guérisons. En outre,

nous devons faire remarquer que 5 seulement de ces gastrotomies ont été suivies de l'amputation de l'utérus. En effet, chez la malade qui fait l'objet de l'observation 211, la tumeur fibro-cystique, qui était complétement enveloppée dans une coque cellulo-fibreuse, était simplement adhérente à l'utérus et elle a pu être énucléée sans qu'on fût obligé de mutiler cet organe ni ses annexes.

Les 6 observations de tumeurs fibro-cystiques se prêtent beaucoup moins aux vues d'ensemble que les autres tumeurs rangées dans les groupes qui précèdent. D'une fréquence relativement peu commune, elles présentent aussi dans leur implantation, dans les dispositions et les rapports qu'elles affectent, fort peu d'uniformité. C'est ainsi que dans 4 cas les kystes étaient creusés dans l'épaisseur du fibrome et il n'y avait qu'une tumeur unique (obs. 211, 212, 213, 214), fibreuse par places, kystique dans d'autres; — chez les 2 autres malades, des tumeurs fibreuses et kystiques coexistaient, tout en restant indépendantes. Par exemple, chez la malade n° 209, nous avons trouvé sur l'ovaire droit un corps fibreux de $0^{m},12$ de haut sur $0^{m},06$ de large et sur l'utérus un kyste; ces deux tumeurs voisines adhéraient entre elles. Dans l'observation 210, c'est bien l'utérus hypertrophié qui porte toutes les tumeurs, mais elles sont indépendantes : trois corps fibreux et un kyste.

Trois fois les tumeurs avaient pris des *adhérences* avec les organes voisins (obs. 209, 211, 214), et chez la dernière de ces malades les adhérences étaient devenues générales et des plus intenses. Leur formation succéda sans doute à une ponction faite cinq semaines avant l'opération dans la portion kystique. A la suite de cette ponction, il se déclara une péritonite des plus violentes et des signes d'infection putride. En effet, la portion solide de la tumeur s'était spontanément enflammée et avait suppuré. Lors de l'opération nous la trouvâmes ramollie et infiltrée de pus jusqu'au voisinage de son point d'implantation sur l'utérus. Les anses d'intestin grêle, qui lui étaient contiguës, étaient devenues adhérentes et trois d'entre elles, en contact avec une partie suppurée de la tumeur, étaient ulcérées. Nous

fîmes l'adossement des séreuses et ne parvînmes qu'à grand'peine à suturer les lèvres des pertes de substance, tant les tuniques de l'intestin étaient ramollies et devenues friables par suite de l'inflammation.

Chez la malade de l'observation 209, les adhérences étaient aussi fort étendues et s'étendaient à l'épiploon, aux intestins, à tout le fond du bassin : utérus, rectum, vagin, cul-de-sac recto-vaginal. Une seule fois (obs. 211), les adhérences n'étaient que partielles et n'apportèrent pas de trop grandes complications.

Chez 2 malades seulement la tumeur fut trouvée enveloppée par une *coque cellulo-fibreuse* (obs. 211 et 213). Dans les deux cas, cette coque était très-vasculaire et parcourue par de gros vaisseaux veineux dont quelques-uns avaient le volume du doigt. Elles ont été traitées de la même manière : la partie supérieure excisée, et le fond conservé était disposé de façon à être abandonné à la suppuration.

Chez toutes ces malades le corps et le col de l'utérus avaient subi une hypertrophie considérable. L'une d'elles (obs. 213) surtout nous frappa par l'énorme volume que cet organe présentait après que nous avions déjà enlevé une tumeur bien volumineuse, puisque la portion fibreuse pesait 7,300 grammes et que le kyste avait donné 10 litres de liquide. Mais nous eûmes bientôt l'explication de cette hypertrophie qui dépassait tout ce que nous avions vu, puisque la malade expulsait spontanément le lendemain un œuf de quatre mois et demi de conception. Cette malade, qui a guéri très-rapidement, avait 43 ans; elle était veuve depuis neuf ans, et nous ne pensons pas qu'il fût venu à l'idée d'aucun chirurgien d'aller rechercher s'il n'existait pas une grossesse au-dessous d'une telle tumeur.

Notre conduite à l'égard des *ovaires* a varié. Les malades des observations 211, 212 et 213 les ont conservés. Deux fois un ovaire a été enlevé et l'autre conservé. A la malade n° 209 nous avons enlevé l'ovaire qui portait le fibrome, la trompe et le ligament large correspondants. Chez la malade de l'observation 214 nous avons extirpé l'ovaire gauche, qui était dégénéré et flot-

tant, ainsi que la trompe correspondante, qui portait un kyste sanguin.

Il y a peu de chose à dire sur l'*âge* des malades quand le relevé porte sur un groupe aussi restreint. Nous nous bornons donc à noter que 3 opérées avaient entre 30 et 40 ans et que les 3 autres étaient entre 40 et 45 ans.

Quant aux 2 malades qui ont succombé (obs. 212 et 214), elles ont été enlevées l'une et l'autre par une péritonite. Mais comme la maladie existait depuis longtemps déjà chez la seconde (obs. 214), on peut dire qu'elle fut tuée par un simple retour à l'état aigu. La *durée* du traitement a été la même qu'à la suite des hystérotomies pour ablation de tumeurs fibreuses. Parmi les *complications* survenues pendant la durée du traitement consécutif, une seule mérite d'être signalée : la malade de l'observation 210 eut un abcès péri-vésical qui intéressa une partie de la paroi du réservoir de l'urine. Si bien qu'il en résulta une fistule vésicale qui venait s'ouvrir au bas de la ligne blanche et laissait échapper l'urine en petite quantité. Cette fistule guérit au moyen de cautérisations répétées.

4° Tumeurs utéro-cystiques.

Les deux tumeurs utéro-cystiques que nous avons opérées (obs. 215 et 216) étaient constituées l'une et l'autre par une cavité qui s'était formée dans l'épaisseur des parois utérines dédoublées et distendues pour former le sac. L'une était multiloculaire (obs. 215) et composée de deux loges plus grandes et de deux petites. La seconde était uniloculaire. L'une et l'autre contenait un liquide d'origine manifestement hématique. Dans l'observation 215, le sang déjà épanché depuis longtemps sans doute, modifié dans sa nature, présentait une teinte ocreuse et une certaine quantité de pus. Chez la malade n° 216, le liquide avait la couleur et les caractères d'un sang veineux un peu poisseux. A sa surface nageaient en grande quantité de cristaux de cholestérine.

Ces deux malades ont guéri.

Dans les deux cas, il y avait des *adhérences*. Mais elles étaient bien plus étendues et bien plus générales dans l'observation 215. Dans la suivante, au contraire, il n'y en avait pas sur la face antérieure de la tumeur. Celles qui existaient en arrière étaient sans grande résistance. Les seules qui eussent une grande solidité s'étendaient au fond du bassin. C'est cette considération qui nous décida à recourir dans les deux cas à notre procédé de *traitement par suppuration*, en tenant au contact de l'air la portion profonde de la poche. La partie libre d'adhérences et supérieure ayant été excisée, nous avons formé avec la portion du sac conservée une sorte de bourse dont nous avons suturé les bords sur les lèvres de la plaie des parois. Tout le reste de l'incision des parois fut refermé, comme de coutume, à l'aide de points de suture disposés alternativement avec anses profondes, et simplement entortillés. Un double tube de caoutchouc fut engagé jusqu'au fond du sac pour permettre l'écoulement facile du pus et les lavages.

Chez l'une et l'autre malade les *ovaires* furent conservés. La menstruation persista régulière par la suite. Chez la malade nº 215 un suintement sanguin se fit aussi, à chaque époque menstruelle, par la surface du pédicule, au moins pendant les premiers mois qui suivirent l'opération. Nous ignorons s'il continue encore à se faire. Il résulta temporairement, chez les deux malades, une fistule qui bientôt n'intéressait plus guère que l'épaisseur des parois abdominales et qui correspondait à la surface suppurée. Ces fistules ont pu être fermées dans un temps assez court, mais chez l'une d'elles elle se rouvre encore de temps en temps sans que la santé générale en soit altérée.

En résumé, si, ne tenant plus compte de la nature de la tumeur qui nous a déterminé à entreprendre l'opération, nous cherchons seulement quelle est la proportion des succès, comparés aux insuccès, que nous a donnés l'hystérotomie, nous trouvons que 25 (1) hystérotomies pratiquées par nous ont

(1) Dans ce total figure la malade de l'obs. 107, gastrotomisée pour un kyste du ligament large, mais chez laquelle nous nous vîmes forcé d'amputer l'utérus.

abouti 17 fois à la guérison et 8 fois à une terminaison fatale : soit une proportion de 68 guérisons pour 100.

5° Tumeurs fibreuses péri-utérines.

Quant à l'unique fibrome péri-utérin que nous ayons attaqué par la gastrotomie (obs. 217), il siégeait dans le cul-de-sac vésico-utérin. Il était enveloppé d'une coque cellulo-vasculaire épaisse, et celle-ci était en grande partie nourrie par les vaisseaux utéro-ovariques. Cette tumeur, en refoulant le péritoine en haut, avait fait subir aux organes pelviens des changements de rapports considérables : le fond de la vessie dépassait l'ombilic, l'utérus et ses annexes se trouvaient exhaussés dans la même proportion. La malade aurait sûrement guéri si nous nous en étions tenu à l'ablation du gros fibrome (9 kilogr.), bien que son morcellement ait été laborieux. Mais ayant reconnu au côté gauche du vagin et dans la cloison recto-vaginale la présence d'un petit fibrome du volume d'un œuf de poule, nous crûmes prudent de tenter de l'énucléer. Et bien que nous ayons eu la précaution de ne nous servir que du doigt pour cette énucléation, car nous avions reconnu tout autour de la tumeur un réseau très-fourni de gros vaisseaux, nous eûmes le regret d'ouvrir la paroi de l'un d'eux, ce qui nous donna sur-le-champ une hémorrhagie de 3 à 400 grammes que nous pûmes aussitôt réprimer avec nos pinces hémostatiques. Mais c'est de ce même point que partirent les hémorrhagies qui quatre jours plus tard devaient emporter la malade.

6° Tumeurs du mésentère.

L'observation 218 a trait au seul cas de *tumeur fibreuse* du mésentère que nous ayons eu l'occasion de rencontrer jusqu'ici. La consistance de ce fibrome et sa résistance étaient faibles. Il avait pris des adhérences sur la crête iliaque. L'observation 219 se rapporte à un énorme lipome du mésentère calcifié par places. Une des grandes difficultés de l'extraction des tumeurs qui ont leur point de départ dans le mésentère provient de la présence

des anses intestinales qui garnissent la tumeur de chaque côté, si bien que l'incision à faire à la paroi abdominale doit être longue et que la surface d'implantation qu'il faut découvrir et mettre à nu, au milieu du tissu cellulaire sous-mésentérique, se trouve complétement masquée et inaccessible aux moyens d'action. Cette extraction exige des décollements et des dissections très-patientes et très-minutieuses.

C'est surtout pendant l'extraction de la *tumeur fibro-graisseuse* (obs. 219) et de la *masse encéphaloïde* que portait la malade rangée sous le n° 220 que nous avons pu vérifier cette disposition. Est-il besoin de dire que nous n'aurions jamais entrepris une telle opération si nous n'avions pensé, comme plusieurs confrères distingués qui avaient examiné la malade, qu'il s'agissait d'un kyste aréolaire. Dans ce cas, la masse encéphaloïde était partout solide et nous n'avons rencontré nulle part de cavité kystique.

Nous avons parlé déjà de la tumeur à la fois fibreuse, osseuse et kystique formée très-probablement par une grossesse extra-utérine et qui occupait à la fois le mésentère et le fond du bassin, nous n'y reviendrons plus. (Voyez obs. 112.)

3° Sarcome du ligament large.

Il ne nous reste plus à parler que du *sarcome du ligament* large qui fait l'objet de l'observation 221. Cette tumeur était portée par une jeune fille de dix-huit ans. C'était un sarcome médullaire dans sa période de prolifération. Elle ne présentait, lors de l'opération, aucun point ramolli, aucune adhérence. Ce sarcome était inséré sur le ligament large par un pédicule assez court, de 6 à 7 centimètres au plus, et du volume de l'index. C'est le seul cas de ce genre que nous ayons eu l'occasion de rencontrer au cours d'une opération. L'âge de la malade (dix-huit ans), la conservation de la santé générale, le bon aspect de cette jeune fille, les signes physiques fournis par le palper hypogastrique, le toucher étant impossible par suite de la présence de l'hymen, les troubles de la menstruation quoiqu'ils

consistassent non en ménorrhagies, mais en aménorrhée se reproduisant pendant plusieurs mois consécutifs, tout nous avait porté à admettre l'existence de l'affection la plus commune qui puisse s'adapter à ces symptômes, c'est-à-dire un fibrome utérin, et rien ne nous conduisait à diagnostiquer une affection aussi rare que celle que nous devions rencontrer. Tel fut le motif qui nous parut légitimer une intervention chirurgicale

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES.



TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE VII.

CHAPITRE VIII.

CHAPITRE IX.

CHAPITRE X.

CHAPITRE XI.

APPENDICE.

PREMIÈRE SÉRIE.

(Depuis le 1er novembre 1864 jusqu'au 31 décembre 1875.)

DEUXIÈME SÉRIE.

(Depuis le 15 août 1871 jusqu'au 31 décembre 1875.)

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

TABLE DES FIGURES

FIN DE LA TABLE DES FIGURES.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

DE

LA FORCIPRESSURE

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE

LA FORCIPRESSURE

OU

DE L'APPLICATION DES PINCES A L'HÉMOSTASIE CHIRURGICALE

PAR

G. DENY & EXCHAQUET

Internes des hôpitaux de Paris

D'APRÈS LES LEÇONS PROFESSÉES PENDANT L'ANNÉE 1874

PAR

M. LE DOCTEUR PÉAN

ANCIEN PROSECTEUR

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.



PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE

17, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17

1875

AVANT-PROPOS

Pendant notre année d'internat à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Péan, nous avons assisté à un très-grand nombre d'opérations à la suite desquelles nous n'avons jamais vu ce chirurgien faire la ligature ou la torsion des vaisseaux divisés, ainsi que cela se pratique dans la plupart des services hospitaliers.

Pour obtenir l'hémostase, M. Péan saisit les vaisseaux avec des pinces spéciales, dites *pinces hémostatiques*, qu'il se borne à laisser dans la plaie pendant quelques minutes ou quelques heures au milieu des pièces du pansement. La simple compression exercée par ce moyen sur les orifices vasculaires, suffit à en déterminer l'oblitération définitive. Sans doute, ce n'est pas d'aujourd'hui que les pinces sont appliquées à l'hémostase, et cet usage a probablement une origine aussi reculée que celle des pinces elles-mêmes. Mais, jusqu'à nos jours, les chirurgiens n'avaient eu recours à cette pratique qu'accidentellement pour arrêter des hémorrhagies que tous les autres moyens avaient été impuissants à combattre. — C'était en quelque sorte un expédient ultime auquel on attachait si peu d'importance qu'il n'est

même pas signalé dans les traités de chirurgie les plus complets. Dans ces dernières années cependant, plusieurs chirurgiens ont préconisé l'emploi des pinces dans les opérations, mais seulement pour faire de l'hémostasie temporaire, et suppléer à l'absence d'aides suffisamment exercés. — Dans ce but, MM. Sédillot et Legouest ont conseillé de petites pinces à ressort croisé qui s'ouvrent par pression latérale, et se referment spontanément (1). Follin recommande les mêmes pinces lorsque, dans une opération longue et grave, on veut s'opposer momentanément à l'hémorrhagie sans s'arrêter à faire des ligatures (2).

Ces pinces ne sont autre chose que les serres-fines modifiées de Vidal de Cassis, dont ce chirurgien avait déjà recommandé l'emploi, « dans les cas où la ligature et les autres hémostatiques étaient d'une application trop longue, trop difficile et d'une efficacité douteuse (3) ». Malgré ces avantages, cette méthode était peu employée (4) et réservée exclusivement pour l'extirpation des tumeurs volumineuses. Une fois l'opération terminée, on retirait les pinces après avoir jeté au préalable des ligatures sur tous les vaisseaux pouvant encore saigner (5).

Aucun des auteurs que nous venons de citer ne donne le conseil de laisser les pinces dans la plaie jusqu'à ce que l'hémostase définitive soit obtenue.

(1) Sédillot et Legouest, *Tr. de méd. opér.*, 4e édit.

(2) Follin et Duplay, *Tr. de path. ext.*, t. II.

(3) Vidal de Cassis, *Tr. de path. ext.*, 5e édit.

(4) Dans l'article Hémostasie du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. le docteur Després n'y fait aucune allusion et ne conseille l'emploi des serres-fines que pour arrêter le sang d'une petite plaie des muqueuses, ou d'une piqûre de sangsue.

M. Jamain, dans la deuxième édition de la *Path. ext.* de Nélaton, dit que les doigts d'un aide sont suffisants comme moyen hémostatique provisoire dans les opérations.

(5) Sédillot et Legouest, *loco citato*.

Cette pratique, suivie par M. Péan depuis plusieurs années, lui a procuré cependant de tels avantages qu'il en est arrivé peu à peu à exécuter presque toutes les opérations sans faire une ligature. Sans vouloir en exagérer l'importance, nous croyons que les heureuses modifications qu'il a fait subir aux pinces généralement employées avant lui ne sont pas étrangères à ce résultat.

Bien que par ses nombreuses cliniques dans les hôpitaux de Lourcine, de Saint-Antoine et de Saint-Louis, M. Péan ait déjà fait connaître cette méthode d'hémostase, les sérieux avantages qu'elle procure nous ont engagés à en faire l'objet d'une description spéciale.

Après avoir présenté quelques considérations préliminaires sur les procédés d'hémostase les plus généralement employés, nous décrirons les principales applications des pinces à l'hémostasie chirurgicale (1).

(1) Ce travail était sous presse (1) quand M. le professeur Verneuil est venu faire à la Société de chirurgie une communication relative au même sujet.

M. Verneuil a rapporté douze observations d'hémorrhagies qu'il a réprimées à l'aide d'une ou de plusieurs pinces laissées de deux à dix jours dans la plaie. M. Verneuil se loue beaucoup de ce procédé, qui lui a paru assez distinct de la méthode compressive pour mériter un nom et une description spéciale (voy. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, nouv. série, n° 1, t. I). — Bien que ce chirurgien n'ait pas encore terminé la lecture de son mémoire, nous pouvons déjà considérer les faits qu'il a rapportés comme venant à l'appui de la pratique de M. Péan. Nous adopterons donc, pour la commodité du langage et pour éviter toute confusion, le nom de *forcipressure*, donné par M. Verneuil à ce procédé d'hémostase, en lui conservant son sens étymologique propre (pression avec une pince), bien que ce ne soit pas une simple pression, mais plutôt une sorte de constriction que l'instrument employé par M. Péan exerce sur les tuniques du vaisseau.

(1) Une partie de cette étude a déjà été publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, numéros du 16 et du 23 janvier 1875.

DE

LA FORCIPRESSURE



CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LES PROCÉDÉS D'HÉMOSTASE LE PLUS GÉNÉRALEMENT EMPLOYÉS

Importance de l'hémostase.—Procédés hémostatiques des anciens. — Ambroise Paré et la ligature. — Des moyens qui agissent mécaniquement pour oblitérer les vaisseaux. — De la torsion. — De la compression médiate : Compresseurs de M. Marcellin-Duval. – De la compression immédiate : Presse-artères. Anneaux de plomb et pinces de Percy Pinces de Marcellin-Duval. Serres-fines de Vidal de Cassis. Serres-fortes. — De l'acupressure. — De l'uncipressure. — La ligature et ses inconvénients. — Dangers de la ligature des veines.

Parmi les questions les plus dignes de fixer l'attention des chirurgiens, aucune n'est peut-être plus importante que celle de l'hémostase, les hémorrhagies ayant été de tous temps regardées comme l'accident le plus redoutable des grandes opérations. Pour se rendre maître du sang qui s'écoulait des gros vaisseaux après les opérations, les anciens appliquaient de l'huile ou de la poix bouillantes sur les plaies, ou en touchaient la surface avec le cautère actuel. C'était pour remplir le même but qu'ils pratiquaient aussi quelquefois des amputations avec des couteaux rougis au feu. Ces moyens, qui étaient à la fois cruels et insuffisants, furent cepen-

dant presque seuls mis en usage jusqu'à Ambroise Paré qui s'immortalisa en conseillant de faire après les opérations la ligature des vaisseaux sectionnés. Plusieurs siècles auparavant, Celse avait déjà indiqué cette méthode (1), mais, comme il arrive souvent, la ligature avait été complétement méconnue des médecins qui vinrent après lui et négligée dans la pratique chirurgicale (2). Employée aujourd'hui par la majorité des chirurgiens qui s'accordent à proclamer sa supériorité, la ligature fut cependant combattue à différentes reprises. Ne voulant pas décrire ici tous les procédés hémostatiques qui ont été successivement inventés pour la remplacer ou seulement y suppléer dans les cas où elle est impraticable, nous allons nous borner à passer en revue les principales méthodes qui agissent mécaniquement sur les vaisseaux pour produire l'hémostase, et qui à ce titre méritent d'être comparées à celle qui fait l'objet de ce travail. Laissant donc de côté les *styptiques*, les *absorbants* et les *caustiques*, nous nous occuperons surtout, avec la *ligature*, de la *torsion* et des divers modes de *compression* parmi lesquels nous rangeons l'*acupressure*, l'*uncipressure* et la *forcipressure*. Nous ne parlerons pas de la *mâchûre*, du *refoulement*, de l'*enclavement*, etc., ni de quelques autres procédés qui n'ont qu'un simple intérêt historique.

La *torsion* paraît avoir été connue de Galien, mais elle était complétement oubliée quand elle fut remise en honneur par Amussat, Velpeau, Fricke, Thierry, etc. Bien qu'on ait beaucoup simplifié de nos jours les procédés anciens de torsion, et, qu'au lieu de quatre pinces comme Amussat, on n'emploie plus aujourd'hui pour l'exécuter qu'une seule pince à laquelle on imprime sept ou huit tours de rotation sur son axe, la plupart des chirurgiens s'accordent à dire que cette opération est beaucoup plus longue et plus difficile à exécuter que la ligature. Son principal

(1) Lacauchie, *Esquisse d'une histoire des amputations et particulièrement de la méthode de Celse*, 1850.

(2) Vidal de Cassis, 5e édition, t. V

avantage serait même illusoire si, comme le croient quelques auteurs (1), l'extrémité tordue du vaisseau joue dans la plaie le rôle de corps étranger. Enfin la torsion a été accusée de déterminer des inflammations suppuratives le long des vaisseaux et d'exposer plus que la ligature aux hémorrhagies consécutives.

Malgré ces reproches, la torsion n'en est pas moins restée un procédé hémostatique des plus recommandables. Réservée en général pour les petites artères, elle est cependant préférée à la ligature même pour les gros vaisseaux, par quelques chirurgiens parmi lesquels il faut citer Holmes et Th. Bryant en Angleterre et en France M. Tillaux.

La *compression* est avec la torsion le procédé d'hémostase qui mérite le plus de nous arrêter. La méthode compressive se divise en *médiate* ou *immédiate* selon qu'elle agit sur les vaisseaux par l'intermédiaire des parties molles, ou directement sur eux.

La *compression médiate* est surtout employée pour suspendre la circulation dans le cours des opérations chirurgicales, pour empêcher l'arrivée du sang dans les tumeurs anévrysmales ou arrêter une hémorrhagie accidentelle. On la pratique avec les doigts ou des appareils spéciaux : bandages, garrot, tourniquet, compresseurs, pelote, sac de plomb, etc.

Parmi les instruments qui ont été imaginés pour faire de la compression médiate, nous devons citer d'une façon spéciale les *appareils compresseurs* de M. le professeur Marcellin-Duval (2). Construits en fil de fer ou en acier bruni, ces instruments sont très-légers et faciles à appliquer. La pression est exercée au moyen d'une pelote par la seule élasticité des ressorts, et peut être augmentée à volonté au moyen d'une vis. La pelote de pression a été ingénieusement disposée de façon à pouvoir être changée de place, lorsque sa présence devient douloureuse, sans qu'il soit nécessaire de toucher au reste de l'appareil. « Ainsi combiné, l'appareil de

(1) Sédillot et Legouest, *Tr. de méd. opér.*
(2) Marcellin-Duval, *Traité de l'hémostasie*, 1855-59. Paris, J.-B. Baillière.

Marcellin-Duval répond à toutes les indications possibles ; il nous semble assez parfait pour faire oublier tous ceux qui l'ont précédé (1). »

M. Marcellin-Duval a fait construire encore d'autres instruments destinés à l'hémostase et en particuler des pinces spéciales dont nous parlerons à propos de la *compression immédiate.*

Celle-ci se pratique avec les doigts, les éponges, de la charpie, de l'amadou, etc..., appliqués directement sur la surface saignante, soit pendant le cours d'une opération, soit après qu'elle est terminée, quand le sang coule en nappe ou provient de vaisseaux situés trop profondément pour pouvoir être liés ou tordus. Mais cette compression n'a jamais été considérée, par la majorité des chirurgiens, que comme un moyen adjuvant de la ligature ou de la torsion : souvent douloureuse et difficile à appliquer, elle ne convient que contre les hémorrhagies capillaires. Pour l'appliquer à des vaisseaux plus importants et en particulier pour la cure des anévrysmes, on a proposé divers instruments désignés généralement sous le nom de *presse-artères* (presse-artère de Deschamps, de Dubois, pince anévrysmale de Durest, etc...), qui sont aujourd'hui parfaitement oubliés (2). C'est dans le même but que Desault imagina de saisir l'artère entre deux petites plaques de bois serrées par un fil, et Percy de passer sous le vaisseau une lame de plomb qu'il repliait sur elle-même de façon à produire l'accolement des parois artérielles. Pour les artères béantes à la surface d'une plaie, Percy recommande encore de petits anneaux de plomb que l'on porte à l'aide de pinces sur l'extrémité du vaisseau. Cet anneau était aplati fortement sur l'artère avec une autre pince. Quelques années après, le même chirurgien se faisait le précurseur de la forcipressure, en conseillant de saisir les vaisseaux avec des pinces à arrêt terminées par deux petites plaques mobiles et roulant sur un pivot, afin que l'instrument

(1) Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la chirurg. contemp.*
(2) Follin et Duplay, *loco citato.*

pût être renversé à volonté sur l'une ou l'autre lèvre de la plaie, sans que le vaisseau cessât d'être comprimé. Malgaigne trouve ce procédé inférieur au premier, malgré sa simplicité, parce qu'il laisse dans la plaie un corps étranger qui tiraille par son propre poids (1). De nouveaux essais de forcipressure devaient cependant suivre bientôt celui de Percy. Vidal de Cassis et M. Marcellin-Duval inventaient presque en même temps de petites pinces à pression continue pouvant être appliquées plus ou moins directement sur les vaisseaux.

C'est en 1848 que le professeur de l'École de Brest fit construire sur le même principe que ses compresseurs de petites pinces à pression élastique et graduée dont les mors affectent des formes différentes suivant les indications, et sont enveloppées d'un morceau d'agaric épais qui protége les tissus avec lesquels ils sont en contact immédiat (fig. 1 et 1 *bis*). Ces pinces sont très-

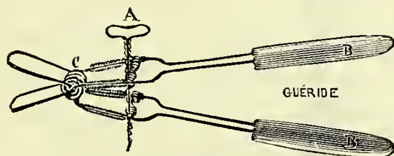


FIG. 1. — *Pince de Marcellin-Duval.*

A. Vis de pression.
B. Mors garnis d'amadou.
C. Ressort.

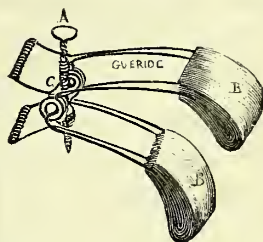


FIG. 1 bis. — *Pince de Marcellin-Duval.*

A. Vis de pression.
BB. Mors garnis d'amadou.
C. Ressort.

légères, faciles à appliquer, à serrer ou à enlever sans causer de douleur au malade. Elles ont été fréquemment employées avec succès pour réunir certaines plaies, en particulier pour affronter exactement les lambeaux après les amputations, et pour remédier à certaines hémorrhagies rebelles, lorsque la ligature était impraticable ou lorsque d'autres moyens avaient échoué (hémorrhagies de la paume de la main, du cou, de la langue,

(1) Malgaigne, *Man de méd. opérat.*

des amygdales, de la verge, etc...) (1). Grâce à leur élasticité, ces pinces nous semblent supérieures à celle qui fut imaginée par Hatin et par M. Hervez de Chégoin pour combattre les hémorrhagies qui succèdent quelquefois à l'excision des amygdales.

M. Duval n'avait pas encore fait connaître ses appareils quand Vidal de Cassis inventa le petit instrument connu sous le nom de *serres-fines*, et qui n'est autre chose qu'une petite pince à pression continue. Imaginées pour remplacer les sutures, après l'opération du phimosis, les serres-fines ne servent guère encore aujourd'hui qu'à cet usage. Vidal en recommanda cependant à diverses reprises l'emploi comme instrument hémostatique, soit pour comprimer une artère impossible à lier, soit pour remplacer les doigts des aides dans les opérations, et c'est pour répondre à ce besoin qu'il en modifia la construction et fit aplatir leurs mors en les élargissant.

Depuis, les serres-fines ont été encore perfectionnées et sont

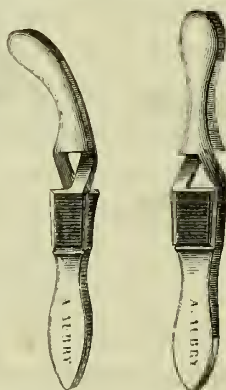


Fig. 2. — *Serres-fortes droites et courbes.*

restées dans la pratique de quelques chirurgiens sous les noms de *serres-plates*, *serres-fortes*, etc... (fig. 2) comme moyen hémostatique provisoire (voy. page 2).

(1) Consulter à ce sujet : Marcellin-Duval, *Traité de l'hémostasie*, p. 21. — Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*, 1858. — Deschamps, th. de Paris, 1873.

C'est ici que devrait naturellement se trouver la description de la *forcipressure* telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui. Nous la renvoyons cependant au chapitre suivant, afin de pouvoir dire encore un mot de quelques procédés d'hémostase trop connus pour pouvoir être passés sous silence.

Nous ne parlerons pas de l'*acupuncture* (Velpeau) et de l'*électro-puncture* (Pravaz), qui n'ont été préconisées que pour la cure des anévrysmes, des varices, et celle des épanchements de sang dans les tissus (Voillemier).

Il n'en est pas de même de l'*acupressure*, imaginée simultanément par le professeur Rizzoli (de Bologne) et Simpson (d'Édimbourg). M. Rizzoli ne vit, il est vrai, dans cette invention, qu'un moyen de guérir les anévrysmes; M. Simpson, au contraire, qui a attaché son nom à ce procédé, en fit une méthode générale d'hémostase destinée à remplacer la ligature des vaisseaux après les opérations chirurgicales. L'acupressure s'exécute, comme on le sait, au moyen d'aiguilles qu'on passe de la peau vers les parties profondes sous les vaisseaux à comprimer, et qu'on ramène ensuite des parties profondes vers la peau. Suivant l'heureuse comparaison de Simpson, on comprime de cette façon les vaisseaux de la manière employée pour attacher une fleur sur une étoffe avec une épingle (1).

Ce procédé très-ingénieux a, comme la forcipressure, l'avantage de permettre, quand on le désire, la réunion immédiate des plaies et de mettre à l'abri des accidents qui résultent souvent du séjour des fils au milieu des tissus. La présence des aiguilles dans les chairs est inoffensive comme celle des pinces, mais elles ont l'inconvénient de ne pouvoir être, comme celles-ci, appliquées à toutes les opérations, et d'exiger dans leur maniement une plus grande habileté. Du reste, en admettant que l'acupressure donne de meilleurs résultats que la ligature, elle est infiniment plus

(1) *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ACUPRESSURE.

compliquée, moins facile à exécuter et plus douloureuse. C'est probablement pour ces raisons que, malgré le nom illustre de son inventeur, ce nouveau procédé n'est pas encore entré dans la pratique chirurgicale.

Quant à l'*uncipressure*, de M. le professeur Vanzetti (de Padoue), elle n'est qu'une forme ou qu'un mode spécial d'acupressure. Elle consiste, en effet, à tenir écartés les bords d'une plaie qui saigne avec deux crochets portés dans le fond de cette plaie et maintenus immobiles dans cette position jusqu'à la cessation complète de l'hémorrhagie. Ce mode d'hémostase repose, comme on le voit, sur le même principe que l'acupressure, et présente encore de bien plus grandes difficultés pratiques (1). Il n'a, du reste, été imaginé que pour combattre certaines hémorrhagies accidentelles, et, à ce titre, ne rentre qu'indirectement dans le cadre de ce travail.

Il nous resterait, pour compléter cette courte revue, à parler de la *ligature* qui occupe aujourd'hui la première place dans la longue série des hémostatiques. Mais ce procédé d'hémostase est trop bien connu, les discussions auxquelles il a donné lieu ont eu trop de retentissement pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici. Les livres classiques abondent en détails sur les différentes espèces de ligatures (médiate, immédiate, temporaire, d'attente, permanente), sur la manière de les pratiquer, sur la nature et la forme des fils à employer, sur le mécanisme de l'oblitération du vaisseau, etc... Nous y renverrons donc le lecteur ainsi qu'aux ouvrages spéciaux qui ont été écrits sur ce sujet (2).

Après avoir été difficilement acceptée, la ligature a fini par triompher de tous ses adversaires et jouit actuellement de la

(1) Voyez à ce sujet les *Comptes rendus de la Société de chirurgie* (*Gaz. des hôpit*, novembre, 1874).

(2) Voyez Manec, *Tr. de la lig. des art.*, 1832. — Lisfrane, *De diverses méthodes d'oblitérat. des art.*, th. de concours, Paris, 1834. — Courtin, *De la lig. des art.*, th. de Paris, 1848. — Cocteau, *Altération des art. à la suite de la lig.*, th. de Paris, 1867. — Farabœuf, *Traité des ligatures*. Paris, 1872.

faveur de presque tous les chirurgiens. Vidal de Cassis a même prétendu que rien ne pourrait jamais la remplacer; sans vouloir préjuger cette question, nous croyons pouvoir dire que la ligature trouvera toujours dans la forcipressure un auxiliaire important, souvent même une heureuse rivale.

La ligature, en effet, de l'aveu de tous les chirurgiens, a le grand inconvénient de laisser dans la plaie un corps étranger qui devient une cause d'inflammation et de suppuration. Souvent elle est impraticable, soit parce que le vaisseau à lier est situé à une profondeur qui rend impossible la manœuvre nécessaire pour l'exécuter méthodiquement, soit parce que l'orifice vasculaire est rétracté au milieu de tissus denses et lardacés, ou bien, au contraire, enflammés et suppurés. Dans d'autres cas, le vaisseau peut bien être saisi avec la pince, mais il ne résiste pas et se laisse couper par le fil ou par l'instrument, ses parois ayant subi la dégénérescence athéromateuse ou calcaire.

Si de la ligature des artères nous passons à celle des veines, nous voyons cette pratique suivie d'accidents tellement graves qu'elle est à juste titre combattue par la plupart des chirurgiens et regardée même par quelques-uns comme une des plus dangereuses opérations de la chirurgie (1). Nous citerons à l'appui de cette opinion deux faits observés par M. Péan au commencement de sa carrière chirurgicale, et qui n'ont pas peu contribué à lui faire rejeter le plus possible l'emploi des ligatures. Le premier se passa à l'hôpital Saint-Louis, en 1855, alors que M. Péan était interne dans le service de M. Denonvilliers. Cet habile chirurgien eut la douleur de voir se déclarer une phlébite suppurée de la veine fémorale, chez un malade amputé de la cuisse depuis un mois dont la plaie était presque cicatrisée. C'est au moment où le malade allait se lever que survinrent les accidents de pyohémie (il n'y en avait pas dans la salle).

Même accident arriva à M. Péan, en 1860, chez un malade

(1) Chassaignac, *Tr. clin. et prat. des opér. chirurg*, t. I.

qu'il amputa de la cuisse avec les docteurs René Marjolin et Roussin à Montreuil. Les premiers accidents se déclarèrent un mois après l'amputation, et eurent pour point de départ une ligature métallique. Il est vrai que le malade était très-variqueux; et que, pour cette raison, M. Péan avait mis le moins possible de ligatures. Il eût fallu les supprimer toutes.

Ces accidents, ajoutés à tous les inconvénients que nous avons énumérés, ont déterminé ce chirurgien à remplacer, dans la plupart des cas, la ligature par d'autres moyens d'hémostase aussi fidèles et moins dangereux. Ce n'est cependant que peu à peu et après plusieurs modifications apportées au manuel opératoire que M. Péan a réalisé la méthode d'hémostase qu'il emploie aujourd'hui, et que nous allons maintenant faire connaître.

CHAPITRE II

DE LA FORCIPRESSURE

Au début, emploi simultané pour l'hémostase des pinces, de la torsion, et des ligatures de fil métallique. — Ces deux derniers moyens ont été peu à peu abandonnés. — Pinces successivement employées pour la forcipressure. — Pinces à pression continue de Charrière. — Pinces serres-fortes. — Pinces hémostatiques de M. Péan. — Mode d'emploi de ces pinces, leur nombre. — Durée de leur application. — Manière de les retirer. — Innocuité de leur séjour dans les plaies. — Avantages de ces pinces et de la forcipressure.

Au début de sa carrière chirurgicale, M. Péan, imitant la conduite de Nélaton et Maisonneuve, appliquait pendant ses opérations des pinces sur tous les vaisseaux qu'il divisait et laissait ces pinces appendues à la surface de la plaie jusqu'à la fin de l'opération. Mais comme la pince à verrou généralement employée était trop lourde et difficile à manier, M. Péan aimait mieux se servir des pinces à anneaux et à arrêt que l'on trouve dans toutes les trousses et que l'on peut appliquer avec plus de rapidité et de précision.

La compression exercée par ces pinces, pendant qu'il terminait l'opération, suffisait en général à déterminer l'oblitération des petits vaisseaux. Si toutefois l'un d'eux venait à saigner, il le soumettait à la torsion faite méthodiquement suivant les principes classiques. Mais quand des vaisseaux de premier ordre étaient intéressés comme l'artère humérale, l'artère et la veine fémorales, M. Péan ne se bornait plus à la simple compression par les pinces, ni même à la torsion, il avait recours aux ligatures. Se fondant sur l'innocuité du séjour des balles dans les tissus et sur le peu

d'irritation exercée en général par les liens métalliques (1), M. Péan préférait aux ligatures de fil ordinaire celles de fil de fer ou d'argent. Il les coupait au ras du nœud et les abandonnait au fond des plaies pour favoriser la réunion et éviter toute traction dans les pansements ultérieurs (2).

Pendant quelque temps M. Péan employa, en même temps que les pinces de Charrière qui dans beaucoup de cas sont trop lourdes et trop fortes pour les tissus à comprimer, les petites pinces *serres-fortes* (fig. 2) à mors plats, droites ou courbes, construites sur le principe des serres-fines de Vidal de Cassis. Celles-ci étaient particulièrement destinées aux opérations de gastrotomie qui exigent souvent, comme on le sait, un grand nombre de ces instruments pour prévenir l'écoulement du sang. Mais à cause de leurs petites dimensions, et de leur forme, les serres-fortes étaient moins faciles à appliquer et plus difficiles à maintenir, pendant le cours de l'opération. Quand on opérait sur des cavités profondes et anfractueuses il n'était pas toujours possible de s'en servir, et dans ces cas il était même nécessaire d'attacher un fil à leur extrémité pour les empêcher de s'égarer dans la profondeur des plaies.

Ces divers inconvénients déterminèrent M. Péan à renoncer à leur emploi, même dans la gastrotomie, et à se servir exclusivement d'un modèle spécial de pinces à anneaux et à arrêt qu'il fit construire en 1868 par M. Guéride.

Ces pinces rappellent par leur forme et leurs dimensions la pince de Charrière, mais elles en diffèrent par la légèreté et l'élasticité de leurs branches et par la disposition de leurs mors. Ceux-ci sont petits, étroits avec une légère entaille à leur centre. Enfin l'arrêt de ces pinces est constitué par une crémaillère placée un peu au-

(1) Vidal dit *qu'aucun lien ne peut être comparé au fil d'argent pour limiter l'action vitale suscitée par une ligature quelconque* (*Tr. de path. ext.*, t. I).

(2) Levert a prouvé que les ligatures métalliques coupées très-près du nœud, peuvent être abandonnées au fond d'une plaie, et là s'entourer d'un kyste celluleux, sans nuire à la cicatrisation (*Journal des progrès*, 1829, t. XVII).

dessus des anneaux qui permet de les fermer et de les ouvrir beaucoup plus facilement qu'avec les autres systèmes. La figure que nous donnons ici suffira du reste à en faire comprendre le mécanisme (fig. 3, [1]).

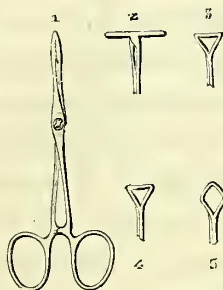


Fig. 3. — *Pinces hémostatiques de M. Péan*

1. Pince hémostatique ordinaire.
2. — — en T.
3 et 4. — — triangulaire.
5. — — losangique.

M. Aubry a apporté dernièrement une petite modification à ces pinces en disposant un peu au-dessus de la crémaillère une sorte de contre-croisure qui fait qu'en fermant l'instrument ses deux branches se superposent exactement sans que la supérieure puisse jamais passer sous l'inférieure (fig. 4).

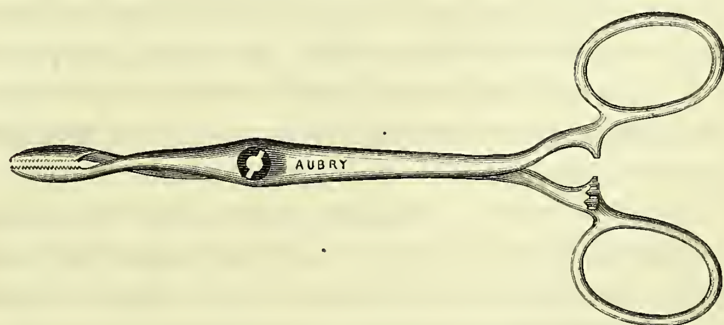


Fig. 4. — *Pince hémostatique*, modifiée par M. Aubry.

Grâce à leur légèreté, ces pinces peuvent être laissées plusieurs heures et même plusieurs jours dans les plaies, sans exercer de tiraillements sur les tissus, ni causer de douleurs au malade. La

simplicité de leur mode d'arrêt fait qu'on peut en appliquer rapidement un très-grand nombre, tandis que leur forme permet de faire cette application avec une grande précision.

On trouvera représentées ici (fig. 3, [2], [3], [4], [5]) plusieurs autres pinces imaginées également par M. Péan. Bien que de formes et de dimensions variables, elles reposent toutes sur le même principe et sont exclusivement destinées à quelques opérations spéciales à propos desquelles nous reviendrons sur leurs avantages.

Les pinces, petit modèle (fig. 3, [1]), que nous venons de décrire sont celles dont on se sert journellement à l'hôpital St-Louis, soit dans le service de M. Péan, soit dans celui de M. Cruveilhier qui en a également adopté l'usage.

Pour les appliquer, on passe le pouce et le médius de la main droite dans les anneaux, l'index servant d'appui au reste de l'instrument, et l'on saisit avec les mors l'extrémité du vaisseau qui donne du sang sans crainte d'y comprendre, lorsque le vaisseau est de petit calibre, quelques fibres du tissu qui l'entoure, car cette compression n'étant que temporaire ne donne jamais lieu aux accidents qu'entraînent habituellement les ligatures médiates. On place ainsi de nouvelles pinces au fur et à mesure que la section des tissus porte sur de nouveaux vaisseaux. L'opérateur peut saisir de cette façon tous les rameaux artériels ou veineux, quel que soit leur calibre, sans qu'il ait jamais besoin de recourir au ténaculum. A mesure que les pinces sont appliquées, un aide les maintient, afin qu'elles n'entravent pas le cours de l'opération.

Le nombre des pinces à employer variera naturellement avec chaque région, et suivant l'importance des opérations. Pour toutes celles de la chirurgie courante douze à quinze suffiront habituellement. Pour enlever au contraire des tumeurs très-volumineuses, comme certaines productions lipomateuses, cancéreuses, éléphantiasiques, de même que pour la gastrotomie, il en faudra un plus grand nombre et de différents modèles. Nous y reviendrons lorsque nous parlerons de ces opérations.

Pour faire avec ces pinces de l'hémostase définitive, et se mettre sûrement à l'abri des hémorrhagies, il est indispensable d'établir pendant combien de temps les pinces doivent rester en place. Cette question, en effet, domine toute la forcipressure, et mérite la plus sérieuse attention. Comme on ne peut établir de règles absolues à cet égard, puisque le sang n'a pas toujours la même plasticité, et que la lymphe n'est pas toujours sécrétée au même moment, nous nous bornerons à faire connaître la conduite que nous avons tenue dans les cas nombreux qu'il nous a été donné d'observer.

Les pinces qui avaient été appliquées sur les artérioles de la peau, du tissu cellulo-adipeux et des muscles étaient ordinairement enlevées immédiatement après l'opération, surtout si la région permettait d'appliquer un pansement légèrement compressif. Aussi, après un assez grand nombre d'opérations, avons-nous pu, au moment de faire la suture, enlever toutes ou presque toutes les pinces successivement appliquées sans que l'hémorrhagie reparût ultérieurement. Les pinces placées sur les artères de moyen calibre étaient retirées de six à douze heures après l'opération. On peut même attendre jusqu'au lendemain matin sans inconvénient. Enfin, sur les artères principales des membres, y compris la fémorale, M. Péan conseille de les laisser de deux à quatre jours, tout en surveillant la plaie. On comprend du reste facilement qu'il y a une foule d'autres considérations que celle du calibre de l'artère, qui doivent entrer en ligne de compte, et influer sur la décision du chirurgien.

La compression des veines, pendant l'opération seulement, suffira en général à tarir l'écoulement du sang; sur les grosses veines, les pinces devront cependant rester en place quelque temps, ordinairement une fois moins longtemps que sur les artères de même calibre.

Pendant le cours de la dernière année, nous avons assisté, à l'hôpital Saint-Louis, à plus de 150 opérations où ce procédé

d'hémostase a été employé. Sur ce nombre considérable de faits, il ne nous reste le souvenir que d'un seul cas d'hémorrhagie due à l'enlèvement prématuré d'une pince après une ablation de sein. Cette hémorrhagie survint quelques heures après l'opération, fut facilement arrêtée au moyen d'une pince qu'on retira le lendemain matin, et ne se renouvela plus. Dans les autres cas, où les pinces ont été laissées à demeure pendant le temps indiqué, nous n'avons jamais vu survenir d'hémorrhagie primitive ni secondaire.

Les pinces laissées ainsi dans les plaies sont facilement maintenues au milieu des pièces de pansement, de façon à ne pas tirailler les tissus.

La plupart du temps, elles ne causent aucune gêne aux malades, qui ne s'aperçoivent de leur présence que lorsque le moment de les retirer est venu. Pour cela, il suffit de rapprocher légèrement les anneaux, de façon à dégager les crans de la crémaillère, et elles se détachent ensuite presque d'elles-mêmes. Pour faciliter cette opération on peut, au préalable, humecter un peu la plaie. On enlève ainsi les pinces une à une avec précaution ; on s'assure qu'aucun des points qu'elles comprimaient ne fournit du sang, et le pansement est fait comme d'habitude.

On pourrait craindre que le séjour de ces pinces dans les plaies ne causât des accidents, cependant, nous les avons vu appliquer sans le moindre inconvénient sur les tissus et les organes les plus prompts à s'enflammer, comme l'utérus gravide, la vessie, la couche de tissu cellulaire qui tapisse la face externe du péritoine, etc. (1).

(1) M. Verneuil, qui les a laissées appliquées beaucoup plus longtemps que ne le fait M. Péan, n'a observé qu'une fois des accidents inflammatoires locaux, qu'il n'hésite pas du reste à mettre sur le compte, non de la forcipressure, mais des longues manœuvres que nécessita la recherche des bouts du vaisseau qu'on avait d'abord tenté de lier. S'il peut y avoir du danger à enlever les pinces prématurément, il ne paraît pas, jusqu'à présent, y en avoir à les laisser trop longtemps, puisque M. Verneuil a pu, sans inconvénient, les laisser se détacher et tomber d'elles-mêmes. (Voy. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. 1. s. 1.)

Grâce à sa légèreté, à son élasticité et à la simplicité de son mode d'arrêt, la pince qu'a fait construire M. Péan présente de nombreux avantages sur la pince à verrou. Comme celle-ci, du reste, elle peut servir à jeter des ligatures sur les vaisseaux, ou à en pratiquer la torsion. Elle dispense, en outre, de l'emploi du ténaculum, en permettant de saisir les moindres artérioles, et remplace encore avantageusement la pince à pansement pour tous les usages auxquels celle-ci est destinée. Enfin, dans un grand nombre d'opérations, on pourra, grâce à elle, suppléer à l'absence ou à l'insuffisance des écarteurs.

Pour faire de la forcipressure, c'est-à-dire pour comprimer les vaisseaux d'une façon passagère ou définitive, ces pinces sont bien supérieures aux pinces à verrou, qui, dépourvues d'élasticité, écrasent trop violemment les tuniques artérielles, et aux pinces à anneaux de Charrière, que leurs mors et leur mode d'arrêt rendent impropres à un tel usage.

Les pinces hémostatiques aplatissent simplement l'artère, en exerçant sur elle une certaine constriction qui maintient ses parois en contact d'une façon égale et soutenue, jusqu'à ce que l'oblitération de son canal ait eu lieu.

Ce procédé d'hémostase inspire aujourd'hui à M. Péan une confiance assez grande pour qu'il ne craigne pas d'y avoir recours de préférence à la torsion et à la ligature, même lorsque de très-gros vaisseaux ont été intéressés, ainsi que nous en rapporterons plus loin un exemple.

Sans vouloir nous étendre plus longuement sur les avantages de la forcipressure qui ressortiront tout naturellement des observations qu'on lira plus loin, nous pouvons dire dès maintenant qu'en réduisant l'hémostase au premier temps de la ligature, elle diminue beaucoup la durée des opérations. D'autre part, en ne laissant dans la plaie aucun corps étranger, elle active sa cicatrisation, et permet, quand on la désire, la réunion par première intention. Enfin, dans tous les cas dont nous avons déjà parlé, et

où, pour divers motifs, la ligature est impraticable, cette méthode remplacera avantageusement la plupart des autres moyens préconisés en pareil cas, tels que la compression digitale, le tamponnement, les styptiques, la cautérisation et les instruments spéciaux, tels que la pince de Colombat, de Lacauchie, du docteur Cintrat, qui portent et serrent la ligature dans la plaie en même temps qu'elles saisissent l'artère. Ces quelques considérations suffisent à montrer que la forcipressure mérite d'occuper dès aujourd'hui une place importante parmi les procédés d'hémostase les plus justement en honneur.

Nous allons rapporter, à l'appui de cette opinion, les applications principales de cette méthode à l'hémostasie chirurgicale, préventive, temporaire et définitive.

CHAPITRE III

DE LA FORCIPRESSURE AVANT LES OPÉRATIONS COMME MOYEN D'HÉMOSTASIE PRÉVENTIVE

Hémostatiques préventifs : ligature préalable, compression avec les doigts ou des instruments spéciaux. — Compression élastique. — Méthode d'Esmarch. — Pinces hémostatiques. — Observations : Excision de la luette. Polype de l'utérus. Hypertrophie avec allongement de la lèvre antérieure du col. — Tumeur épithéliale de la joue. — Tumeur érectile sous-cutanée du front. — Tumeur érectile de la langue. — Autre tumeur de la langue. — Pinces hémostatiques spéciales pour les lèvres, les joues, etc..... — Tumeur érectile volumineuse de la lèvre inférieure et de la *joue traitée par les injections,* après hémostasie préalable au moyen de ces pinces.

L'hémostasie préventive, comme son nom l'indique, est celle qui a pour but de prévenir l'arrivée du sang dans les parties qui doivent être intéressées par le couteau du chirurgien. Le plus sûr moyen de suspendre la circulation dans une région est certainement de jeter au préalable une ligature sur le vaisseau principal de cette région; mais si l'on évite ainsi certaines difficultés opératoires, on se crée pour ainsi dire de nouveaux dangers en pratiquant deux opérations au lieu d'une. Aussi ce moyen est-il réservé aujourd'hui presque exclusivement pour certaines opétions très-graves de la face, et pour l'extirpation des tumeurs qui s'engagent profondément dans la loge parotidienne. Dans les autres cas où la suspension du cours du sang doit être obtenue, on a généralement recours à la simple compression faite au moyen des doigts ou d'instruments spéciaux tels que le garrot, le tourniquet de J.-L. Petit, le compresseur de Dupuytren, etc.....

Depuis bientôt deux ans, les chirurgiens ont renoncé à ces instruments qui sont avantageusement remplacés par la compression élastique, selon la méthode d'Esmarch. Mais cette compression n'est applicable qu'aux opérations qui se pratiquent sur les membres : celles qui portent sur d'autres parties du corps doivent être exécutées la plupart du temps sans hémostasie préventive.

C'est pour combler en partie cette lacune que, dans ces dernières années, M. Péan a imaginé de faire servir à l'hémostasie préventive les pinces dont il se servait journellement pour faire de l'hémostasie définitive.

Dans ce but, ce chirurgien place une ou plusieurs pinces non plus sur les vaisseaux, mais sur les tissus sains, autour du point où doit porter le bistouri. Ces instruments compriment mieux que les doigts des aides et gênent moins la manœuvre opératoire. Mais pour que ce procédé soit applicable, il faut que l'opération porte sur une région ou sur une tumeur assez faciles à circonscrire. Il en est ainsi des tumeurs pédiculées ou faciles à pédiculiser, quel que soit leur siége, et en particulier de toutes les productions polypeuses dont l'extirpation peut être rendue difficile ou dangereuse à cause de leur grande vascularité. Il suffit pour cela de placer à la base du pédicule une ou plusieurs pinces, et de pratiquer l'excision au-dessous de leurs mors. C'est ainsi qu'on agira pour pratiquer l'ablation des hémorrhoïdes, des polypes de l'utérus, du rectum, etc...

Si, au contraire, on a affaire à de petites tumeurs sessiles dont la dissection demande à être faite minutieusement, et dont on redoute la vascularité, on les circonscrira entre les mors de plusieurs pinces beaucoup plus facilement qu'avec les doigts des aides. Ce procédé sera surtout avantageux pour l'extirpation d'un certain nombre de tumeurs érectiles et pour l'excision des végétations. Il rendra encore d'importants services dans l'ablation des cancroïdes des lèvres, des tumeurs gingivales de nature fongueuse, érectile ou épithéliale, des cancers de la langue, et

dans les opérations du bec-de-lièvre, du phimosis, etc... Si, après l'opération, on craignait que l'enlèvement des pinces ne fût suivi d'hémorrhagie, on pourrait les laisser en place jusqu'à ce qu'elles eussent déterminé l'oblitération définitive des vaisseaux, ou saisir directement avec de nouvelles pinces les points qui continueraient à saigner.

Quel que soit le procédé auquel on donne la préférence, on réalise ainsi les bénéfices de l'hémostasie préventive et de l'hémostasie définitive sans être obligé de recourir à l'emploi toujours redoutable des caustiques.

La conduite à tenir varie du reste avec chaque opération, et c'est à ce titre que nous allons maintenant rapporter quelques observations destinées à montrer les avantages de ce procédé.

OBSERVATION PREMIÈRE

Hypertrophie de la luette. — Excision au-dessous des mors d'une pince hémostatique laissée une heure en place.

Le 12 octobre 1872, un jeune enfant est amené à l'hôpital Saint-Antoine, avec une luette considérablement hypertrophiée, qui détermin des efforts d'expuition, de la toux et des envies de vomir. Pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie qui accompagne parfois l'excision de cet organe, M. Péan comprime la base de la luette avec une petite pince hémostatique ordinaire, placée transversalement, qu'il fait maintenir par un aide, puis saisissant l'extrémité de l'organe avec une petite pince à dents acérées, l'excise avec des ciseaux courbes au-dessous des mors de la pince hémostatique. Celle-ci fut retirée au bout d'une heure.

OBSERVATION II

Polype de l'utérus. — Excision. — Compression du pédicule avec les mors d'une pince hémostatique.

D... Louise, quarante-neuf ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 27 novembre 1874. Salle Sainte-Marthe, n° 74.

Cette malade, qui a cessé de voir ses règles depuis quatre ans, se plaint de pertes sanguines qui reviennent irrégulièrement tous les trois ou quatre mois et durent chaque fois plusieurs jours. Dans l'intervalle elle perd en blanc. Elle mange bien, n'a pas maigri et ne souffre pas.

Par le toucher vaginal on trouve le col dirigé en arrière, difficile à contourner; l'orifice paraît grand comme une pièce de cinquante centimes, et obstrué par une masse charnue dure, non saignante et légèrement mobile. L'examen au spéculum ayant confirmé le diagnostic de polype, la malade fut opérée le 4 décembre 1874. Pour cela, M. Péan ayant attiré la tumeur dans le vagin avec une pince de Museux, et l'ayant suffisamment abaissée, saisit son pédicule aussi loin que possible avec une pince hémo-

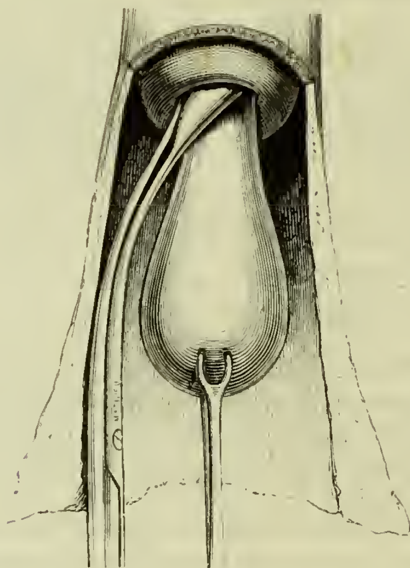


Fig. 5. — *Polype utérin* attiré dans le vagin avec une pince de Museux et dont le pédicule est comprimé à sa racine au moyen d'une longue pince hémostatique.

statique à longues branches (modèle Mathieu) et l'excise immédiatement au-dessous des mors avec une paire de ciseaux courbes (fig. 5). La pince fut laissée en place par prudence jusqu'au lendemain matin sans que la malade en ait souffert. Huit jours après, elle sortait complétement rétablie. L'extrémité supérieure du pédicule mortifiée s'était détachée d'elle-même au bout de trois jours.

OBSERVATION III

Hypertrophie avec allongement de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Excision.

D..., trente-six ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, nº 68, le 22 août 1874.

Cette femme présente dans la cavité vaginale une production charnue, mobile, indolore, membraniforme, ressemblant beaucoup à un polype, mais ne présentant aucun point rétréci et se continuant manifestement avec la lèvre antérieure du col utérin qui est parfaitement sain.

Cette malade désirant être débarrassée de cet appendice qui la gène beaucoup, M. Péan place sur l'un des côtés de la partie hypertrophiée une pince ordinaire qui lui sert à attirer la tumeur, applique une autre pince hémostatique transversalement sur l'autre côté pour empêcher l'abord du sang et coupe au ras des mors avec le bistouri toute la partie proéminente. Enlevée au bout de quelques minutes, cette pince est remplacée par deux éponges destinées à s'opposer à l'écoulement du sang dans le cas où celui-ci reparaîtrait. Quelques injections détersives furent faites les jours suivants et la malade put quitter l'hôpital dix jours après l'opération.

OBSERVATION IV

Tumeur épithéliale de la joue, circonscrite au moyen de deux pinces avant son ablation.

M..., soixante-dix-huit ans, présente à la joue gauche, à peu près au niveau de l'os malaire, une tumeur verruqueuse, ulcérée, un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes, douloureuse et augmentant de volume, surtout depuis six mois (juin 1874).

La base de cette tumeur est saisie entre les mors de deux pinces placées l'une obliquement en haut et en arrière, l'autre en bas et en avant, ce qui permet d'en faire minutiensement la dissection sans perdre une goutte de sang. Les pinces furent enlevées immédiatement et la petite plaie réunie par un point de suture.

OBSERVATION V

Tumeur érectile de la région intersourcilière. — Extirpation.

Juliette M..., âgée de sept mois et demi, a, depuis sa naissance, au niveau de la racine du nez, une tumeur aplatie de la grandeur d'une



Fig. 6. — *Tumeur érectile de la région intersourcilière*, comprimée par les mors de trois pinces pour empêcher l'afflux du sang.

pièce de 2 francs, à bords légèrement saillants et présentant tous les caractères des tumeurs érectiles sous-cutanées. Elle est molle, élastique, dépressible et augmente de volume quand l'enfant pousse des cris. Elle n'est pas pulsatile. La peau est saine. Comme cette tumeur a déjà été traitée sans succès par les injections de perchlorure de fer, la compression et la ligature, M. Péan se décide à l'extirper (février 1874), et, pour éviter l'hémorrhagie, saisit avec trois pinces hémostatiques ordinaires les angles de la tumeur, de manière à la circonscrire à peu près complétement, ainsi que le montre la figure (fig. 6).

L'opérateur fait alors une incision semi-circulaire de la peau à la partie inférieure de la tumeur et dissèque celle-ci avec beaucoup de soin sans être gêné par l'écoulement du sang. Les pinces ne furent retirées qu'au bout de quatre heures ; il n'y eut pas d'hémorrhagie et la réunion se fit presque entièrement par première intention.

OBSERVATION VI

Tumeur érectile de la langue.

G... Marie, vingt et un ans, fleuriste, entre le 21 décembre 1874 à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, nº 75.

Réglée à treize ans et demi, voit très-irrégulièrement.

La malade raconte que, depuis sa naissance, elle portait une tache rouge occupant toute la partie antérieure de la moitié latérale gauche de la langue. Cette tache devenait plus rouge de temps en temps, ne faisait aucune saillie, n'était pas animée de battements et ne causait ni gêne, ni douleur.

Depuis l'âge de cinq ou six ans, cette tache donnait lieu tous les ans, au printemps, à un léger suintement sanguin, mais la malade n'a pas remarqué qu'elle augmentât d'étendue.

Au mois de juillet dernier, la malade eut par la bouche, sans cause occasionnelle appréciable, une véritable hémorrhagie qui se répéta pendant cinq à six jours consécutivement et dura près d'une heure pendant les trois premiers jours.

Le 13 décembre 1874, nouvelle hémorrhagie, qui débuta comme la précédente, pendant que la malade mangeait et dura environ une demi-heure.

Pendant les huit jours suivants, il y eut encore un écoulement de sang très-rouge, à deux ou trois reprises différentes chaque jour. C'est alors qu'un médecin consulté pour la première fois fit appliquer du perchlo-

rure de fer. Les hémorrhagies précédentes n'avaient pas coïncidé avec une absence ou une diminution des règles.

Entre les mois de juillet et de décembre, la malade dit que les dimensions de la tache ont augmenté. Le 21 décembre elle entre à l'hôpital tellement affaiblie par les pertes de sang qu'elle ne peut marcher, et peut à peine parler.

On constate alors une tuméfaction notable de la moitié latérale gauche de la langue qui est recouverte de croûtes noirâtres formées par le perchlorure de fer.

Le 24 décembre, la langue étant à peu près nettoyée, on remarque, dans une étendue de 2 centimètres environ auprès du bord libre et à

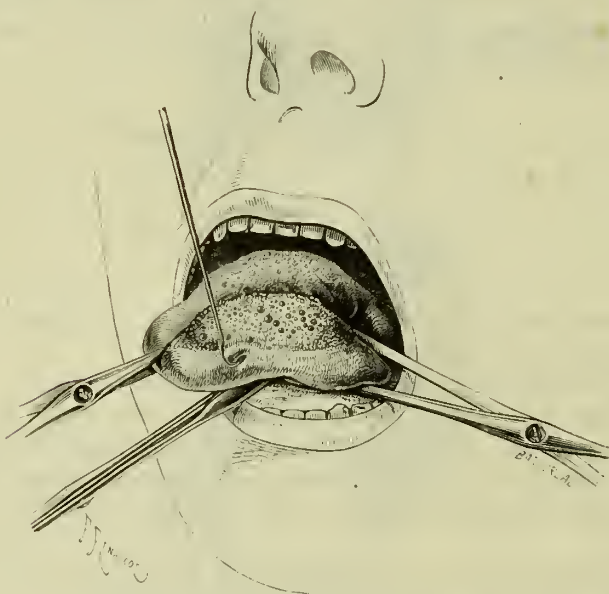


Fig. 7. — *Tumeur érectile de la langue* circonscrite entre les mors de trois pinces hémostatiques avant d'en faire l'extirpation.

gauche, une tumeur constituée par des papilles irritées et hypertrophiées, et en arrière de celle-ci, une autre saillie du volume d'un haricot, assez rénitente, et qui est le siége de battements isochrones à ceux du pouls, comme on peut facilement le constater en saisissant avec deux doigts cette saillie de haut en bas ou de dedans en dehors. Le reste de la langue ne présente rien de particulier. Pas de nouvelle hémorrhagie depuis l'entrée de la malade. On ne diminue pas sensiblement cette tumeur en comprimant la langue au delà de son siége.

Cette malade fut opérée le 9 janvier 1875 de la manière suivante :

Deux éponges portées sur deux pinces à arrêt sont préalablement placées profondément entre les joues et l'arcade dentaire, comme le fait toujours M. Péan dans ces sortes d'opérations, afin d'empêcher le sang de pénétrer dans le larynx. L'opérateur place ensuite transversalement une pince hémostatique qui saisit la langue près du bord postérieur de la tumeur; une seconde pince est placée longitudinalement sur la partie médiane de l'organe; enfin, une troisième est appliquée sur le plancher buccal (fig. 7). Ces pinces ainsi disposées empêchaient le sang d'arriver par l'orifice de section des vaisseaux, et permirent à M. Péan de disséquer facilement la tumeur avec le bistouri. Celle-ci est, en effet, enlevée dans toute son épaisseur, mais comme elle n'envahit point la totalité de l'organe, il en résulte une assez large perte de substance qui siége sur la face dorsale. On enlève, l'une après l'autre, les trois pinces à compression, et l'on place successivement de petites pinces hémostatiques, au nombre de six, sur les différentes branches artérielles qui donnent du sang, ce qui rend l'hémorrhagie insignifiante et l'opération extrêmement rapide. Au bout de vingt-quatre et de trente-six heures, toutes les pinces furent retirées, sans donner lieu à aucune perte de sang.

OBSERVATION VII

Tumeur de la langue. — Ablation avec des ciseaux après hémostasie préalable par les pinces à arrêt.

X..., dix-sept ans, salle Saint-Augustin, n° 55, porte sur la partie moyenne de la moitié droite de la langue une tumeur de la grosseur d'une petite noix, développée dans l'épaisseur de l'organe, recouverte par une muqueuse fortement congestionnée et hérissée de papilles hypertrophiées dont la pression fait immédiatement saillir de véritables jets de sang. On ne sent pas de ganglions. Le malade a subi sans succès, dans le service de M. Besnier, différents traitements internes et est envoyé à M. Péan pour être débarrassé de sa tumeur, qui après s'être accrue lentement et d'une façon intermittente pendant trois ans environ, s'est développée continuellement et plus rapidement depuis six mois. L'opération est pratiquée le 28 novembre 1874. Le malade étant chloroformisé, la langue est attirée et maintenue au dehors par une pince à griffes, puis M. Péan place une pince à hémostase longitudinalement sur la partie médiane de la langue; une seconde pince est appliquée transversalement en arrière de la tumeur; une troisième est placée sur le plancher buccal entre les deux précédentes. Ces trois pinces se rencontrent presque par l'extrémité de

leurs mors, isolant ainsi complétement la partie où siége la tumeur. Celle-ci est alors rapidement excisée par deux coups de ciseaux; la plaie ne laisse pas échapper une goutte de sang. La pince transversale étant retirée la première, on voit un jet sanguin s'échapper de l'ouverture béante de l'artère linguale qui est immédiatement saisie avec une petite pince hémostatique ainsi que deux ou trois autres vaisseaux moins importants. Les deux autres pinces étant à leur tour enlevées, on place encore sur la surface saignante deux ou trois pinces hémostatiques, puis on retire la pince à griffes qui maintenait la langue hors de la bouche. Les suites de l'opération furent aussi simples que possible; le malade présenta dans la journée un suintement séro-sanguin insignifiant. Des sept pinces qui avaient été laissées à demeure, cinq furent enlevées le lendemain matin, deux seulement furent laissées par prudence quatre ou cinq heures de plus. La cicatrisation était effectuée au bout de dix-huit jours et le malade partait guéri au bout de quatre semaines, sa sortie ayant été retardée par une périostite alvéolo-dentaire consécutive à la carie d'une dent.

Les avantages de cette méthode, pour l'ablation des tumeurs de la langue, sont incontestables; opérant avec l'instrument tranchant et sans être aveuglé par le sang, le chirurgien peut se rendre compte, au fur et à mesure de l'opération, de l'état des tissus qu'il divise. En supprimant complétement l'hémorrhagie contre laquelle l'écraseur linéaire et le galvano-cautère ne garantissent pas toujours, ce procédé permet en outre d'administrer le chloroforme sans faire courir au malade les dangers particuliers qui accompagnent l'emploi des anesthésiques dans les opérations de cette nature.

Pour les ablations totales de la langue, M. Péan se sert encore de pinces très-fortes, plus ou moins coudées, dont le mors inférieur est en forme de trocart. On enfonce ce mors à la base de l'organe, au delà de la partie qui doit être extirpée, tandis que le mors supérieur, plat et rayé, est appliqué au point correspondant de la surface. Pour comprimer la langue il faudra du reste toujours employer des instruments plus résistants que les petites pinces ordinaires destinées seulement à la compression des vaisseaux.

Pour les autres régions telles que les lèvres et surtout les joues, M. Péan a fait construire dernièrement des pinces spéciales à mors plats, semi-lunaires et mobiles sur les branches au moyen d'un pivot (fig. 8). Ces pinces meurtrissent moins les tissus que les

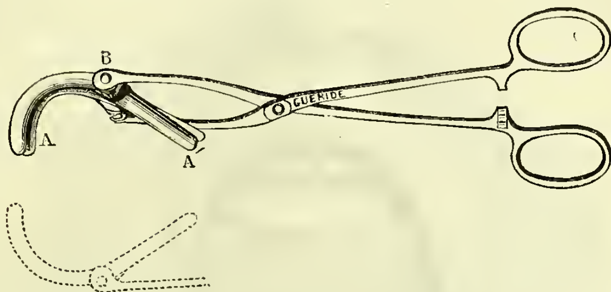


Fig. 8. — *Pince hémostatique à mors mobiles.*

pinces ordinaires et se prêtent mieux aux régions dont nous nous occupons ici, les branches pouvant toujours être disposées de façon à ne pas gêner la manœuvre opératoire. L'observation suivante montrera bien leurs avantages.

OBSERVATION VIII

Tumeur érectile de la lèvre inférieure et de la joue gauche. — Injections de perchlorure de fer après hémostase préalable au moyen des pinces. — Guérison.

Mademoiselle Fl... est atteinte depuis son enfance d'une tumeur érectile artérioso-veineuse occupant la lèvre inférieure dans sa totalité, la face interne de la joue gauche, et la moitié antérieure de la langue et du plancher de la bouche.

La tumeur de la lèvre était assez volumineuse pour retomber en avant jusque sur le menton (fig. 9); la difformité et les inconvénients qui en résultaient décidèrent la malade à venir à Paris chercher la guérison de cette infirmité (mai 1874).

M. Péan pensa qu'à l'aide des pinces hémostatiques spéciales qu'il venait de faire construire, il pouvait se mettre assez sûrement à l'abri

des hémorrhagies qui constituent le principal danger de cette opération et tenter la cure de cette affection.

Dans ce but, ce chirurgien circonscrivit la tumeur labiale à sa périphérie avec deux pinces hémostatiques à mors mobiles (fig. 9), l'un des

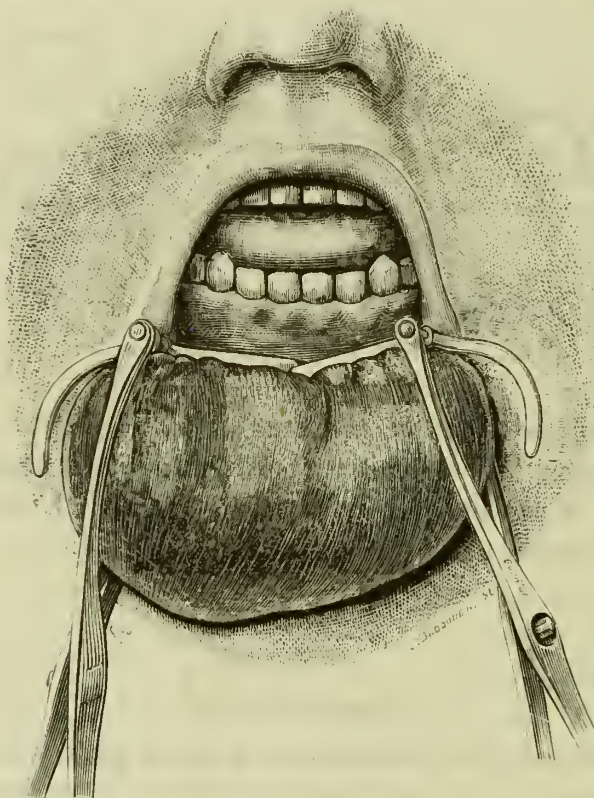


Fig. 9. — *Tumeur érectile de la lèvre inférieure*, comprimée à sa base avec deux pinces à mors mobiles destinées à empêcher l'arrivée du sang dans son intérieur.

mors étant placé à la face muqueuse et l'autre à la face cutanée de la lèvre afin d'empêcher complétement l'arrivée du sang dans la tumeur. M. Péan injecta ensuite au centre de la masse morbide sur trois points opposés quelques gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés. Les pinces restèrent en place pendant dix à quinze minutes jusqu'à la formation des caillots chimiques qui transformèrent la tumeur en une masse dure et irréductible.

Le soir même une inflammation violente se déclara, sur quelques points et particulièrement au niveau des piqûres où se formèrent de petites

eschares dont on favorisa l'élimination. La suppuration s'établit et, le sang cessant d'affluer dans la tumeur, celle-ci ne tarda pas à s'atrophier et à se flétrir, de sorte qu'au bout de deux mois la lèvre avait presque complétement repris sa forme et ses dimensions normales.

La malade qui était retournée chez elle revint il y a environ trois mois se faire opérer de la masse érectile qu'elle portait à la joue gauche. Cette seconde portion de la tumeur fut traitée également avec succès par les mêmes moyens et à l'aide des mêmes instruments. Aucune hémorrhagie primitive, ni consécutive, ne survint.

M. Péan se propose d'attaquer prochainement par la même méthode la masse spongieuse qui occupe encore la langue et le plancher de la bouche.

Comme on le voit, les petites pinces hémostatiques ordinaires eussent été dans ce cas insuffisantes, et c'est grâce aux instruments perfectionnés dont il s'est servi, que M. Péan a pu mener à bonne fin une opération que plusieurs chirurgiens avaient refusé de pratiquer, pensant avec raison que l'affection dont il s'agissait était au-dessus des méthodes de traitement généralement usitées.

N'ayant pas la prétention de décrire ici toutes les opérations dans lesquelles les pinces pourront être appliquées à l'hémostase préventive, nous nous contenterons des faits qui précèdent, laissant à chacun de nos lecteurs le soin de compléter ce chapitre, suivant les exigences de sa pratique.

CHAPITRE IV

DE LA FORCIPRESSURE PENDANT LES OPÉRATIONS COMME MOYEN D'HÉMOSTASIE TEMPORAIRE OU DÉFINITIVE

Les pinces remplacent avantageusement les doigts pour faire de l'hémostasie temporaire pendant les opérations. Dans ce but, Vidal conseillait les serres-fines; Follin et M. Sédillot, les serres-fortes; Maisonneuve et Nélaton, la pince à verrou; M. Kœberlé, la pince à pression continue de Charrière; M. Péan préfère la pince hémostatique de son modèle, qu'il laisse en place, de façon à faire non-seulement de l'hémostasie temporaire, mais encore de l'hémostasie définitive, ainsi que le montrent les observations.

I. Opérations qui se pratiquent sur la glande mammaire : Ablation de tumeurs du sein.
II. Opérations sur les membres : Désarticulations, amputations, plaies des gros vaisseaux.
III. Opérations sur le cuir chevelu.
IV. Opérations qui se pratiquent sur la bouche, la langue, etc...
V. Opérations qui se pratiquent sur le cou : Trachéotomies, etc...
VI. Opérations sur l'anus, le rectum, etc...
VII. Opérations sur les organes génitaux : Castrations.
VIII. De l'application des pinces sur les vaisseaux non divisés : Anévrysmes, varices, etc.
IX. Gastrotomies.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'hémostase s'obtient au moyen de la forcipressure dans le cours des opérations en plaçant une pince sur chaque vaisseau au moment même où il est sectionné. Cette manière d'agir permet de continuer avec rapidité l'opération et de la mener à bonne fin sans le concours d'aides nombreux et exercés, comme cela est nécessaire quand on veut simplement pour comprimer les vaisseaux se servir de l'extrémité des doigts. Ceux-ci gênent l'opérateur pendant qu'il achève l'opération, et souvent lorsqu'on les enlève pour arrêter définitivement l'écoulement

du sang, on ne trouve plus les extrémités des vaisseaux rétractés et enfoncés dans les chairs. « Si l'on procède alors à la réunion des parties divisées, l'irritation appelant plus tard le sang vers la plaie, on voit survenir des hémorrhagies consécutives (1) ». Presque tous les chirurgiens sont du reste d'accord sur ce point. « Pendant l'extirpation d'une tumeur volumineuse, dit Vidal, plusieurs artères peuvent, en donnant du sang, nuire à la précision des mouvements de l'opérateur et épuiser les forces du malade. Jeter alors une ligature sur chaque vaisseau, c'est perdre quelquefois un long temps, et, si l'on désire réunir immédiatement, chaque fil devient un obstacle au succès de ce mode de pansement. Il faut donc enlever tous les fils, ce qui est encore une perte de temps et une cause de nouvelles souffrances pour le malade. Faire appliquer les doigts des aides sur les vaisseaux qui donnent, c'est se priver de ces aides pendant le reste de la manœuvre, qui d'ailleurs est singulièrement gênée par la présence des mains sur la surface traumatique (2). »

Pour remédier à ces inconvénients, Vidàl de Cassis recommandait l'emploi des serres-fines. Dans le même but Follin conseille les pinces serres-fortes (3) (fig. 2). Il en est de même de MM. Sédillot et Legouest disant « que les petites pinces à ressort croisé qui s'ouvrent par pression et se referment spontanément comme les serres-fines de Vidal, rendent de grands services aux chirurgiens privés d'aides suffisamment exercés. On saisit l'embouchure des artères avec ces pinces, qui restent appendues à la surface de la plaie jusqu'au moment où on les remplace par une ligature (4). » M. Kœberlé se sert au contraire d'une pince à anneaux et à arrêt qui n'est qu'une réduction de la pince à pression continue de Charrière. Enfin MM. Maisonneuve et

(1) Samson, *Des hémorrhagies traumatiques*, th., 1836.
(2) Vidal et Duplay, *Tr. de path. int.*, t. I.
(3) Follin, *Tr. de path. ext.*, t. II.
(4) Sédillot et Legouest, *Tr. de méd. opér.*, 4e édit., t. I.

Nélaton se servaient simplement de la pince à verrou. Nous avons dit que M. Péan, après avoir employé successivement toutes ces pinces, avait fini par les remplacer par la pince hémostatique qu'il avait fait construire par M. Guéride et dont nous avons donné la description (fig. 4). Une fois l'opération terminée, le chirurgien peut, comme le faisaient MM. Maisonneuve et Nélaton, appliquer des ligatures ordinaires sur les vaisseaux et retirer les pinces; ou au contraire comme le préfère M. Péan, laisser ces dernières fixées sur l'extrémité du vaisseau assez longtemps pour obtenir son oblitération et l'arrêt définitif du sang. Les détails dans lesquels nous sommes déjà entrés, et ceux qu'on trouvera dans les observations qui suivent nous dispensent d'insister plus longuement sur les avantages de cette pratique; nous passerons donc immédiatement à l'exposé des faits en passant en revue les principales régions du corps.

I. — Opérations qui se pratiquent sur la glande mammaire : ablation de tumeurs du sein.

Dans toutes les ablations de tumeurs du sein que nous avons vu pratiquer par M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, ou que nous avons pratiquées nous-mêmes sous ses yeux, l'application immédiate des pinces sur les vaisseaux, après leur section, nous a toujours rendu les plus grands services. Après l'opération, le plus grand nombre de ces pinces étaient enlevées tandis que les autres restaient en place pendant quelques heures. Ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons été obligés de lier un vaisseau. Les lèvres de la plaie ont toujours été suturées et réunies par première intention excepté, cependant à la partie externe et inférieure qu'on laisse ouverte pour l'introduction d'une mèche destinée à favoriser l'écoulement du pus. C'est par cette ouverture qu'on ramène au dehors les

branches des pinces qui doivent rester en place, ce qui ne présente ordinairement aucune difficulté, puisque c'est au voisinage de l'aisselle que se trouvent les vaisseaux les plus importants. Il peut arriver cependant qu'une pince soit située trop profondément, chez une femme très-grasse par exemple, pour pouvoir être facilement ramenée à la partie béante de la plaie. Dans ce cas, si au moment de la retirer pour faire la suture on s'aperçoit que le vaisseau qu'elle comprimait saigne encore, il faut le ressaisir et y jeter une ligature ordinaire qui permet d'achever le pansement. Comme on le verra par les observations qui suivent, il n'est pas en général nécessaire de laisser plus de cinq à sept pinces dans la plaie, et cela de six à vingt-quatre heures après l'opération. On en soutient les branches avec soin, au moyen d'un fort tampon de charpie ou d'ouate, et le tout étant recouvert d'un bandage de corps, la malade ne s'aperçoit pas le plus souvent de la présence de ces instruments qui ne lui causent aucune douleur.

OBSERVATION IX

Carcinome du sein. — Ablation. — Pas de ligatures. — Guérison.

F... Caroline, quarante-six ans, salle Sainte-Marthe, n° 58, entre à l'hôpital le 7 janvier 1874 pour une tumeur du sein gauche dont l'apparition remonte à un an et demi environ. La peau du mamelon adhère à la tumeur. On sent dans l'aisselle plusieurs ganglions.

Le 10 janvier, M. Péan pratique l'ablation de la tumeur et de toute la glande mammaire en comprenant entre deux incisions elliptiques la portion de peau adhérente. Pendant le premier temps de l'opération plusieurs pinces sont placées sur les points saignants des téguments divisés et sur le fond de la plaie. Après avoir prolongé son incision vers l'aisselle, M. Péan extirpe avec les doigts et la spatule les ganglions engorgés. Plusieurs vaisseaux divisés pendant ces manœuvres sont saisis avec de nouvelles pinces. Celles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ayant été retirées, on suture les lèvres de la plaie et l'on ramène les sept pinces placées sur les vaisseaux les plus importants dans l'angle externe, laissé

ouvert pour favoriser l'écoulement du pus. Les pinces laissées dans la plaie sont toutes retirées à six heures du soir. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

OBSERVATION X

Cancer du sein. — Récidive. — Ablation. — Pas de ligatures.

La malade de l'observation précédente, sortie le 1er février 1874, rentra à l'hôpital au mois de décembre avec une récidive sur place et dans les ganglions.

L'opération est pratiquée le 12 décembre.

L'extirpation des ganglions est très-laborieuse; bien que leur énucléation se fasse surtout avec les doigts, plusieurs vaisseaux importants sont déchirés pendant ce temps de l'opération. Des six pinces laissées en place, quatre seulement sont retirées le soir, les deux autres le lendemain matin. Pas de ligatures.

La malade sort guérie dans les premiers jours de janvier.

OBSERVATION XI

Carcinome du sein. — Ablation. — Pas de ligatures. — Guérison.

M... Julie, quarante-sept ans, entrée le 22 juin 1874, salle Sainte-Marthe, n° 59.

Cette malade a été opérée une première fois en juin 1873 d'un cancer du sein gauche. La cicatrisation de la plaie n'a jamais été complète, son extrémité externe s'est peu à peu transformée en un ulcère profond, anfractueux, à base très-indurée, du volume de la moitié du poing et saignant au moindre contact. On ne sent pas de ganglions dans l'aisselle.

Le 11 juillet, on extirpe tous les tissus dégénérés au moyen de deux incisions elliptiques faites à 2 centimètres au delà du mal, huit à dix pinces appliquées pendant la dissection de la tumeur suffisent à obtenir l'hémostase. Les deux lèvres de la plaie sont suturées à la partie supérieure et quatre pinces laissées en place jusqu'au lendemain matin.

La malade sort guérie le 10 août.

OBSERVATION XII

Tumeur squirrheuse du sein. — Ablation. — Pas de ligatures. — Guérison.

R... Cécile, cinquante-cinq ans, salle Sainte-Marthe, 56.

Elle est atteinte depuis trois mois environ d'une tumeur excessivement dure siégeant à la partie externe et inférieure de la mamelle gauche avec nodosités et adhérences de la peau sans rétraction du mamelon. Il n'y a pas de ganglions engorgés.

Le 3 octobre, l'ablation du sein est pratiquée selon le procédé habituel : l'hémostase est obtenue au moyen de six pinces dont quatre seulement sont laissées en place et ramenées dans l'angle externe de la plaie qu'on laisse ouvert pour l'écoulement du pus.

La malade quitta l'hôpital le 28 octobre 1874.

OBSERVATION XIII

Myxome du sein gauche. — Six pinces hémostatiques restent dans la plaie jusqu'au lendemain. — Pas de ligatures.

M... Thérèse, cinquante-cinq ans, entrée le 26 juin 1874, salle Sainte-Marthe, n° 75. Est atteinte depuis quatorze ans d'une tumeur du volume du poing, située à la partie supérieure du sein gauche. Depuis six semaines un abcès s'est formé à la surface de la tumeur. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle.

L'opération fut pratiquée le 11 juillet 1874. Douze pinces furent placées sur les vaisseaux dans le cours de l'opération pour arrêter l'écoulement du sang; aucune ligature ne fut pratiquée. Six pinces restèrent en place jusqu'à la visite du lendemain.

L'examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire de M. Ranvier, a montré qu'il s'agissait d'un myxome.

OBSERVATION XIV

Carcinome volumineux du sein droit. — Hémostase au moyen des pinces sans ligatures.

G... M., cinquante-huit ans, entrée le 28 octobre 1874, salle Sainte-Marthe, n° 71.

La tumeur a commencé à se développer au mois de mars dernier, elle atteint aujourd'hui le volume des deux poings et adhère à la peau, qui forme à ce niveau une plaque noirâtre. La surface de cette tumeur est irrégulièrement bosselée. On ne sent pas de ganglions dans l'aisselle.

Cette malade fut opérée le 7 novembre avec toutes les précautions habituelles. La peau altérée et toute la glande mammaire furent enlevées. Il en résulta une vaste plaie dont tous les points saignants furent successivément comprimés avec une quinzaine de pinces; neuf purent être enlevées immédiatement après l'opération, les autres furent laissées en place jusqu'au lendemain matin. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

OBSERVATION XV

Lipôme volumineux du flanc gauche. — Extirpation.

M... Berthe, quarante ans, entrée le 25 novembre 1874, salle Sainte-Marthe, n° 67.

Entre les fausses côtes et la crête iliaque du côté gauche, existe une tumeur du volume de la tête, qui a débuté il y a vingt ans. La peau qui la recouvre est lisse, sans adhérences sillonnée par quelques veines dilatées. La tumeur est manifestement lobulée et présente la consistance lipomateuse.

La circonférence de la tumeur, mesurée à son point d'implantation, est de 36 centimètres; de ce point au sommet il y a une distance de 25 centimètres.

Opération le 27 novembre, il suffit de placer quelques pinces sur la peau et au fond de la plaie pour obtenir l'hémostase; les dernières seules sont laissées en place jusqu'à la visite du soir et ramenées au dehors par la partie inférieure de la plaie laissée ouverte, tandis que la partie supérieure était réunie par trois ou quatre points de suture. La cicatrisation fut notablement retardée par un érysipèle qui envahit la plus grande partie du tronc, cependant la malade sortit guérie le 3 janvier.

Les lipomes étant le plus souvent faciles à énucléer et peu vasculaires ne nécessitent généralement pas l'emploi d'un grand nombre de pinces. Nous avons cru cependant devoir rapprocher cette observation des précédentes, à cause du volume et du siége de la tumeur.

II. — Opérations sur les membres : Désarticulations, Amputations. — Plaies des gros vaisseaux.

Dans les amputations qui ont été pratiquées pendant l'année 1874, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Péan ou par nous, nous n'avons pas d'ordinaire laissé les pinces sur les vaisseaux après l'opération, nous les avons remplacées par des ligatures, afin de pouvoir appliquer immédiatement le pansement ouaté. On verra, par le fait qui suit, qu'il est cependant facile d'obtenir l'hémostase définitive au moyen de ces instruments, même lorsqu'il s'agit des vaisseaux principaux d'un membre. Dans les cas de dégénérescence athéromateuse et calcaire, comme celui auquel nous avons eu affaire, cette manière d'agir sera même infiniment supérieure aux différents procédés qui ont été imaginés pour remplacer alors la ligature tels que l'introduction dans le vaisseau d'une boulette de cire ou d'un morceau de bougie, comme le conseillaient Roux et Dupuytren, et l'interposition d'un morceau de sparadrap entre le fil et la paroi artérielle, ainsi que le recommandent encore quelques chirurgiens. Du reste, l'efficacité des pinces pour déterminer l'oblitération des gros vaisseaux n'est pas douteuse, ainsi que le démontrera une observation *de plaie avec hémorrhagie des vaisseaux fémoraux* combattue avec succès par ce procédé.

OBSERVATION XVI

Carie du calcanéum. — Amputation de la jambe. — Artères athéromateuses. Pas de ligatures.

L... Xavier, cinquante-trois ans, fut opéré le 25 juillet 1874.

Après avoir appliqué l'appareil d'Esmarch, l'opérateur incise circulairement les téguments au niveau du tiers inférieur de la jambe, puis les divise en avant par une petite incision verticale perpendiculaire à la pré-

cédente. Les deux angles de la peau sont disséqués et les muscles sectionnés et coupés sans qu'il s'écoule plus de quelques gouttes de sang. Une fois les os sciés, l'opérateur place des pinces sur les artères principales du membre et fait enlever le tube de caoutchouc. Quelques artérioles donnent alors un petit jet de sang aussitôt réprimé au moyen de trois ou quatre autres pinces. Afin de pouvoir appliquer tout de suite un pansement définitif, on jette une ligature sur une des tibiales, mais ses parois athéromateuses et friables sont coupées à deux reprises par le fil. Voyant que ses tentatives étaient infructueuses, l'opérateur laissa en place jusqu'au surlendemain les pinces qui comprimaient les vaisseaux les plus importants. Il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive et aucun accident ne vint entraver la cicatrisation.

OBSERVATION XVII

Panaris de l'index suivi de nécrose de la phalange. — Désarticulation du doigt. — Pas de ligatures.

L... Jean, âgé de soixante ans, entré le 19 décembre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 56.

Ce malade s'est enfoncé il y a environ deux mois un clou rouillé vers la racine du doigt indicateur droit. A la suite de ce traumatisme, un panaris profond s'est développé rapidement, qui a envahi le périoste et le tissu osseux. A l'entrée du malade à l'hôpital, l'index droit est très-tuméfié, d'un rouge vineux et très-induré. A la face palmaire de la phalange existe une ouverture déchiquetée qui s'est faite spontanément et au fond de laquelle on aperçoit des filaments blanchâtres provenant de la destruction du tendon fléchisseur. Avec un stylet introduit dans cette ouverture on trouve l'os de la phalange dénudé et manifestement nécrosé. Les mouvements sont complétement abolis. Le malade réclamant avec insistance une opération qui lui permette de reprendre son travail, la désarticulation métacarpo-phalangienne est pratiquée le 26 décembre 1874 suivant le procédé de Lisfranc.

Un grand lambeau est taillé de dehors en dedans sur la face externe de la phalange en rasant l'os; puis l'articulation ouverte, le couteau est ramené en dedans entre la phalange et les téguments de la face interne, de façon à tailler de dedans en dehors un second lambeau semblable au premier. Les tissus enflammés et indurés saignent abondamment quand on interrompt la compression et permettent difficilement de faire des ligatures, aussi les vaisseaux sont-ils simplement comprimés avec une

certaine épaisseur des tissus voisins au moyen de deux pinces hémostatiques, qui ne furent retirées qu'au bout de vingt heures. L'écoulement sanguin ne reparut pas. Le gonflement des tissus diminua rapidement et la cicatrisation suivit sa marche normale.

Ce fait nous a paru présenter un certain intérêt, parce qu'il montre que l'oblitération définitive des vaisseaux peut être sûrement et facilement obtenue par l'emploi des pinces même au milieu des tissus enflammés, où la ligature est souvent impraticable, et donne, d'après la plupart des chirurgiens, d'assez mauvais résultats.

Nous publions encore ici une autre observation qui montre bien tout le parti que l'on peut tirer des pinces hémostatiques dans les cas de plaie avec hémorrhagie, quel que soit le calibre des vaisseaux intéressés. On sait quelles difficultés accompagnent le plus souvent, dans ces cas, la recherche des deux bouts de l'artère sectionnée, et quels délabrements le chirurgien est quelquefois obligé de produire, avant de pouvoir faire la ligature pourtant indispensable, si l'on veut être sûr de ne plus voir reparaître l'hémorrhagie. Ces inconvénients et ces dangers seront évités par l'emploi des pinces qui n'exigent pas que le vaisseau soit mis à nu et isolé. Il suffit simplement de voir le point d'où jaillit le sang, et d'y appliquer une ou deux pinces, même en comprimant avec le vaisseau une certaine portion des tissus voisins pour arrêter définitivement l'hémorrhagie.

OBSERVATION XVIII

Plaie simultanée de l'artère et de la veine fémorales au tiers supérieur de la cuisse. — Application de pinces hémostatiques. — Guérison.

Le 24 décembre 1874, M. Péan est appelé pendant la nuit chez M..., charcutier, à Domont. L'artère et la veine fémorales ouvertes par un coup de couteau ont donné lieu à des hémorrhagies presque foudroyantes que

les docteurs Blanchard et Bazin ont suspendues à l'aide de la compression. Aidé de ses confrères, M. Péan met à nu la face externe de ces vaisseaux et applique deux pinces hémostatiques, l'une sur l'artère au-dessus de la division; l'autre sur la veine, au-dessous de l'autre division, et, voyant que ces pinces ne suffisent pas à enrayer le cours du sang dans ces gros vaisseaux, il applique les deux autres pinces à la fois sur l'artère et sur la veine fémorales, l'une au-dessus, l'autre au-dessous des deux précédentes. Toutes ces pinces furent retirées du cinquième au sixième jour sans qu'elles aient gêné la cicatrisation de la plaie. M. Péan a reçu dernièrement des nouvelles de ce malade qui, guéri depuis longtemps ne présente plus actuellement qu'un léger œdème de la jambe.

III. — Opérations sur le cuir chevelu.

Les deux observations qui suivent montrent le parti qu'on peut tirer des pinces dans les opérations qui se pratiquent sur le cuir chevelu. On sait les difficultés qu'on a le plus souvent à appliquer des ligatures dans cette région ; d'autre part, la compression à laquelle on est obligé d'avoir recours doit, pour agir efficacement, être très-énergique, et devient rapidement douloureuse. Pour éviter ces inconvénients, il suffit, comme le fait M. Péan, de laisser pendant quelques heures les pinces sur les vaisseaux qui saignent le plus abondamment pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie sans faire souffrir le malade.

OBSERVATION XIX

Épithélioma du cuir chevelu. — Couronne de pinces hémostatiques appliquées sur les bords de la plaie et laissées en place jusqu'au soir.

Scolastique D..., quarante-huit ans, salle Sainte-Marthe, n° 63. Présente au niveau du vertex une tumeur du volume d'une petite pomme, ulcérée, inégale, saignant au moindre contact et indolore.

Opération le 21 novembre 1874. Incision circulaire du cuir chevelu à

1 centimètre environ de la circonférence du mal. Il fallut gratter avec la rugine le périoste adhérent à la tumeur. Un grand nombre d'artérioles, divisées pendant l'opération, furent saisies au moyen de dix ou douze pinces, qu'on laissa en place jusqu'au soir, au milieu des pièces du pansement.

Pas d'hémorrhagie.

La malade mourut de pneumonie au mois de décembre, alors que la plaie était complétement remplie de bourgeons charnus.

L'examen histologique de la tumeur a été fait au laboratoire de M. Ranvier.

OBSERVATION XX

Madame C..., soixante-dix ans, présente la même affection M. Péan fait l'opération comme précédemment, le 21 octobre 1874, en présence de MM. les docteurs Ricord et Vivier. Les pinces sont retirées par l'un de nous six heures après l'opération. Une petite artériole qui fournit encore du sang est facilement saisie et liée pour ne pas condamner plus longtemps la malade à l'immobilité. La guérison fut des plus rapides.

IV. — Opérations qui se pratiquent sur la bouche, la langue, etc.

La bouche, le pharynx, la langue, sont des régions où le chirurgien redoute toujours de porter l'instrument tranchant, tant à cause de leur grande vascularité, du nombre et de la richesse des anastomoses normales ou pathologiques, que par suite des difficultés qu'on rencontre ordinairement à y pratiquer l'hémostase. Samson rapporte, dans sa thèse, plusieurs observations d'hémorrhagies survenues à la suite de traumatismes de ces organes, que la ligature, la compression et la cautérisation furent impuissantes à réprimer, et qui causèrent la mort des malades. C'est pour parer à ce danger qu'on a souvent été obligé de faire la ligature préventive de la carotide externe ou de la linguale, soit avant, soit

pendant une opération de cette nature (1). La plupart des chirurgiens emploient même aujourd'hui, dans ces cas, l'écraseur linéaire ou le couteau galvano-caustique de préférence au bistouri; mais, malgré la sage lenteur apportée au maniement de ces instruments, on n'en a pas moins vu se déclarer des hémorrhagies redoutables. Grâce à l'emploi des pinces hémostatiques, nous avons vu M. Péan exécuter toujours ces opérations rapidement, soit avec l'instrument tranchant, soit avec l'écraseur, sans que l'écoulement du sang devînt un seul instant inquiétant. Nous avons déjà rapporté, en parlant de l'hémostasie préventive, plusieurs observations qui démontrent les avantages de cette pratique; en voici deux autres à l'appui.

OBSERVATION XXI

Sarcome myéloïde du plancher de la bouche. — Compression avec les pinces de tous les vaisseaux sectionnés.

B... Jules, quarante-sept ans, salle Saint-Augustin, n° 18. Est entré à l'hôpital Saint-Louis dans le courant de décembre 1873.

Après avoir passé huit jours dans le service de M. Besnier qui reconnut le caractère cancéreux de son affection, il entre dans le service de M. Péan.

Entre le frein de la langue et l'arcade dentaire inférieure siége une tumeur allongée transversalement, bourgeonnante et ulcérée sur la partie médiane. L'affection, qui a débuté il y a six mois environ par une petite excroissance siégeant à la base du frein, s'est accrue rapidement et paraît actuellement s'être propagée en avant à la muqueuse gingivale et au périoste. Les mouvements de la langue sont très-gênés et douloureux. On ne sent pas de ganglions.

Le 3 janvier 1874, le malade étant chloroformisé, M. Péan pratique sur la ligne médiane la section de la lèvre inférieure et des téguments et celle du maxillaire inférieur. Il devint ainsi facile d'écarter les deux moitiés de la mâchoire, et d'enlever avec le bistouri et la rugine toutes les parties

(1) Robert, *De la lig. de la carot. externe*, th. de Paris, 1873.

malades, la langue étant attirée au dehors pour éviter la suffocation. Cinq ou six pinces hémostatiques sont placées dans le cours de l'opération sur l'artère sublinguale et quelques autres vaisseaux moins importants, on en laisse trois à demeure. Les parties molles étant réunies par une suture entortillée, les deux moitiés du maxillaire sont rapprochées par la suture métallique des dents. Les pinces maintenues hors de la bouche sont enlevées le lendemain matin.

Pas d'hémorrhagie. Au bout de six jours survint un érysipèle, puis un phlegmon, qui retardèrent notablement la guérison. Le malade sortit dans le courant de mars avec une consolidation encore incomplète du maxillaire; les mouvements de la langue étaient libres et le plancher de la bouche en apparence sain.

L'examen histologique de la tumeur a été fait au laboratoire de M. Ranvier.



OBSERVATION XXII

Ablation de la moitié droite de la langue avec l'écraseur linéaire. Application des pinces sur les vaisseaux.

M. X..., quarante-deux ans, est opéré le 20 septembre 1874. Il porte au côté droit de la langue une ulcération qui s'est développée depuis un mois sur une ancienne plaque de psoriasis lingual et présente tous les caractères d'un épithélioma ulcéré.

Le malade étant chloroformisé, M. Péan attire la langue au dehors avec une pince à griffes et la perfore avec un petit trocart articulé en arrière du mal, puis, passant une chaîne d'écraseur dans la canule du trocart, il enlève celui-ci et commence la section de la langue d'arrière en avant sur la ligne médiane. Le malade, qui est asthmatique, supportant mal le chloroforme, M. Péan se décide à achever l'opération le plus rapidement possible, sans chercher à prévenir complétement l'écoulement sanguin. Plusieurs points de la section antéro-postérieure donnent alors du sang et sont saisis avec des pinces hémostatiques.

L'opération est ensuite rapidement terminée par la section transversale de la moitié droite de la langue en arrière de l'ulcération. Les artères de la surface divisée saignent abondamment, mais M. Péan parvient assez facilement à arrêter complétement l'hémorrhagie au moyen de quatre nouvelles pinces qui sont soutenues hors de la bouche par un pansement approprié, de façon à ne pas occasionner de tiraillements. Cinq de ces pinces furent retirées par l'un de nous le lendemain matin à sept heures, dix-huit heures après l'opération. Les trois autres, qui comprimaient les

vaisseaux les plus importants, furent laissées par prudence jusqu'au soir et enlevées par conséquent au bout de trente heures. Il n'y eut pas trace d'hémorrhagie ni au moment de l'ablation des pinces ni dans les jours qui suivirent. La cicatrisation se fit rapidement et le malade pouvait au bout de vingt jours reprendre sa vie habituelle.

V. — Opérations qui se pratiquent sur le cou. Trachéotomies.

Pendant la trachéotomie chez l'enfant, et surtout chez l'adulte, la perte de sang peut être assez abondante pour compliquer l'exécution des derniers temps de l'opération. La compression est ici impossible, la ligature demanderait un temps précieux, et l'application de perchlorure de fer ne serait pas exempte de dangers (1); on trouvera donc un utile auxiliaire dans l'emploi des pinces hémostatiques, qui ont déjà rendu dans ces cas de nombreux services à M. Péan.

OBSERVATION XXIII

Tumeur cancéreuse du larynx. — Trachéotomie (2).

G..., receveur des contributions, entre à la maison de santé du docteur Plouvier pour une tumeur cancéreuse du larynx, dont les progrès rapides menaçaient de l'asphyxier. Appelé pour pratiquer la trachéotomie, le 17 avril 1874, M. Péan, assisté de M. le docteur Fauvel et de M. Poyet, interne des hôpitaux, incisa les téguments sur la ligne médiane, plaça quelques pinces sur les vaisseaux qui furent intéressés pendant les manœuvres nécessaires pour découvrir la trachée, et fit l'incision de cet organe. Le malade ne perdit pas du tout de sang ; cinq pinces restèrent en place après l'opération, trois furent enlevées pendant la nuit par M. Poyet, les deux autres furent laissées jusqu'au lendemain. Cette opération prolongea de six mois la vie du malade.

(1) Vidal de Cassis, *Trait. de path. ext.*, t. V.

(2) Communiquée par M. Poyet.

OBSERVATION XXIV

Cancer du larynx. — Trachéotomie.

R..., cinquante-quatre ans, charpentier, présente la même affection. La suffocation étant imminente il est trachéotomisé par M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, au mois de mars 1873. Les vaisseaux étaient dilatés et formaient un lacis inextricable au devant du cou. Plusieurs furent intéressés et auraient donné lieu à un écoulement abondant de sang s'ils n'avaient été saisis au préalable au moyen de quelques pinces hémostatiques qui furent laissées en place jusqu'au lendemain matin. La plaie se cicatrisa rapidement.

OBSERVATION XXV

Ulcérations syphylitiques du larynx. — Œdème de la glotte. Trachéotomie (1).

La femme B..., âgée de vingt-quatre ans, est amenée à l'hôpital Saint-Louis le 30 mai 1873, pour un œdème de la glotte, consécutif à des ulcérations syphilitiques du larynx. Cette femme étant sur le point d'asphyxier fut opérée immédiatement, et comme précédemment l'hémorrhagie fut prévenue par l'emploi de quelques pinces laissées en place jusqu'au lendemain. La guérison fut rapide.

VI. — Opérations qui se pratiquent sur l'anus, le rectum, etc...

Dans les opérations qui se pratiquent sur le périnée, l'anus, et surtout le rectum, il est presque toujours impossible d'éviter la section d'un assez grand nombre de vaisseaux; ceux-ci ne peuvent pas toujours être liés ou tordus, et l'hémostase n'est obtenue, la plupart du temps, qu'au moyen d'une forte compression, de

(1) Nous devons ces deux observations (XXIV et XXV) à l'obligeance de M. le docteur A. Brochin.

l'application de perchlorure de fer ou de celle du fer rouge (1). Ces moyens infidèles et très-douloureux pourront presque toujours être évités par l'emploi d'un certain nombre de pinces hémostatiques abandonnées de six à douze heures dans la plaie, ainsi que le démontrent les deux observations suivantes :

OBSERVATION XXVI

Fistules multiples de la marge de l'anus incisées avec le bistouri. — Compression des vaisseaux sectionnés au moyen des pinces hémostatiques. — Guérison.

L... Louise, quarante et un ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 74, le 17 août 1874.

Cette malade jouit d'une bonne santé habituelle, ne tousse pas et ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire. Au mois de juillet 1873, elle vit se développer à la marge de l'anus, sans cause appréciable, deux abcès qui ne guérirent qu'au bout de plusieurs mois en laissant des trajets fistuleux qui donnaient lieu à un écoulement incessant de pus et de sanie. L'examen de cette région permet de distinguer à droite et à gauche de l'anus deux petits pertuis à bords amincis et violacés dans lesquels on peut introduire le bec de la sonde cannelée et enfoncer cet instrument de plusieurs centimètres dans la direction du rectum. Ces quatre trajets communiquent deux à deux et vont s'ouvrir directement à droite et à gauche à la partie inférieure du sphincter anal. Un cinquième trajet se dirige vers la fesse gauche.

Le 29 août 1874, M. Péan ayant placé plusieurs sondes cannelées dans ces différents trajets, les incisa avec le bistouri, excisa les portions de peau et de muqueuse décollées et arrêta l'écoulement assez considérable de sang qui se produisit avec huit pinces hémostatiques et une légère compression exercée sur la région. La malade sortit le 15 octobre 1874.

(1) Voyez à ce sujet la thèse de Marchand : *De l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum*, 1873.

OBSERVATION XXVII

Carcinome de la partie inférieure du rectum et de la cloison recto-vaginale. — Extirpation avec l'écraseur linéaire et le galvano-cautère. — Quatorze pinces hémostatiques sont laissées dans la plaie. — Guérison.

Élisa R..., cinquante-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 6 juin 1874.

Cette malade se plaint d'une tumeur au fondement qui aurait débuté depuis un an ou quinze mois. Depuis six mois elle accuse des pertes de sang par l'anus qui durent plusieurs jours de suite. Il n'y a pas de constipation et les selles ne provoquent pas de douleurs. Pas d'écoulement vaginal. Pas de douleurs dans les reins, ni dans le bas-ventre. La miction s'accomplit normalement. La malade mange et digère bien quoiqu'elle ait beaucoup maigri depuis six semaines.

En l'examinant on constate que la vulve se prolonge presque jusqu'à l'anus. Celui-ci est obstrué pardes saillies mamelonnées de la grosseur du pouce. La peau de cette région est indurée, violacée, et présente plusieurs petits noyaux cancéreux durs, perforés à leur centre, d'où s'écoule du pus.

Le doigt introduit dans le rectum sent une tumeur bosselée, inégale, qui en arrière dépasse à peine le sphincter, mais en avant remonte assez haut pour que sa limite ne puisse guère être franchie par l'extrémité du doigt. Par le toucher vaginal on reconnaît que toute la paroi postérieure de ce canal est le siége de la même dégénérescence. L'utérus, les culs-de-sac et les autres parties du vagin ont conservé leur souplesse normale et paraissent parfaitement sains.

Les ganglions inguinaux sont légèrement engorgés et douloureux.

L'extirpation de toutes les parties malades fut pratiquée le 13 juin 1874 par M. Péan. La dissection fut portée au delà des limites du mal avec le couteau galvano-caustique et les lambeaux ainsi formés sectionnés avec l'écraseur linéaire. Malgré la lenteur avec laquelle furent maniés ces instruments, il fallut à plusieurs reprises réprimer quelques jets de sang fournis par les artères hémorrhoïdales, ce qui fut facilement obtenu au moyen des pinces hémostatiques. Tous les points saignants de la surface de la plaie furent comprimés avec ces instruments, de façon à ménager le plus possible les forces de la malade. Quatorze pinces furent ainsi laissées en place avec des éponges, au milieu du vaste infundibulum qui résulta de l'opération. Le tout fut maintenu par un bandage en T. Il n'y eut pas d'hémorrhagie dans la journée, ni les jours suivants. Éponges et pinces furent retirées ensemble le lendemain matin. Des injections

furent pratiquées avec douceur matin et soir dans la plaie dont la cicatrisation marcha rapidement, puisqu'un mois et demi après la malade quittait l'hôpital (le 24 juillet). Nous l'avons revue au bout de deux mois, à la fin de septembre, dans un état très-satisfaisant.

VII. — Opérations sur les organes génitaux. — Castrations.

On sait qu'une grande divergence d'opinions règne parmi les chirurgiens sur la manière de pratiquer la section du cordon spermatique dans l'opération de la castration, les uns voulant qu'on lie le cordon en masse, les autres qu'on jette un fil sur chaque vaisseau séparément après la section. Quelques chirurgiens appliquent même l'écrasement linéaire à cette opération, et ne font pas de ligatures.

Le procédé employé par M. Péan dans les deux observations qui suivent est d'une grande simplicité, et n'expose pas, comme les autres, à voir le cordon remonter dans le canal inguinal, et y donner lieu à une hémorrhagie fort difficile à réprimer. Il consiste à comprimer simplement le cordon, avant de le sectionner, avec deux pinces qu'on laisse appliquées pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures (fig. 10). Si on le préfère, on peut les retirer immédiatement après la section, et saisir ensuite directement, avec une ou deux pinces les vaisseaux qui donnent. Chez les cinq malades auxquels nous avons vu pratiquer la castration, pendant l'année 1874, le premier procédé a toujours été employé comme plus expéditif, et a toujours été suivi de succès.

OBSERVATION XXVIII

Sarcome du testicule. — Castration. — Pas de ligature du cordon. Guérison.

D... Benoît, trente-cinq ans, entre le 12 décembre dans le service de M. Péan, salle Saint-Augustin, n° 43, pour une tumeur du testicule droit

datant de deux ou trois ans. Il y a deux mois, une ponction faite par un médecin de la ville donna issue à une petite quantité de sérosité; l'ouverture est dès lors restée fistuleuse et donne lieu à un écoulement séreux peu abondant.

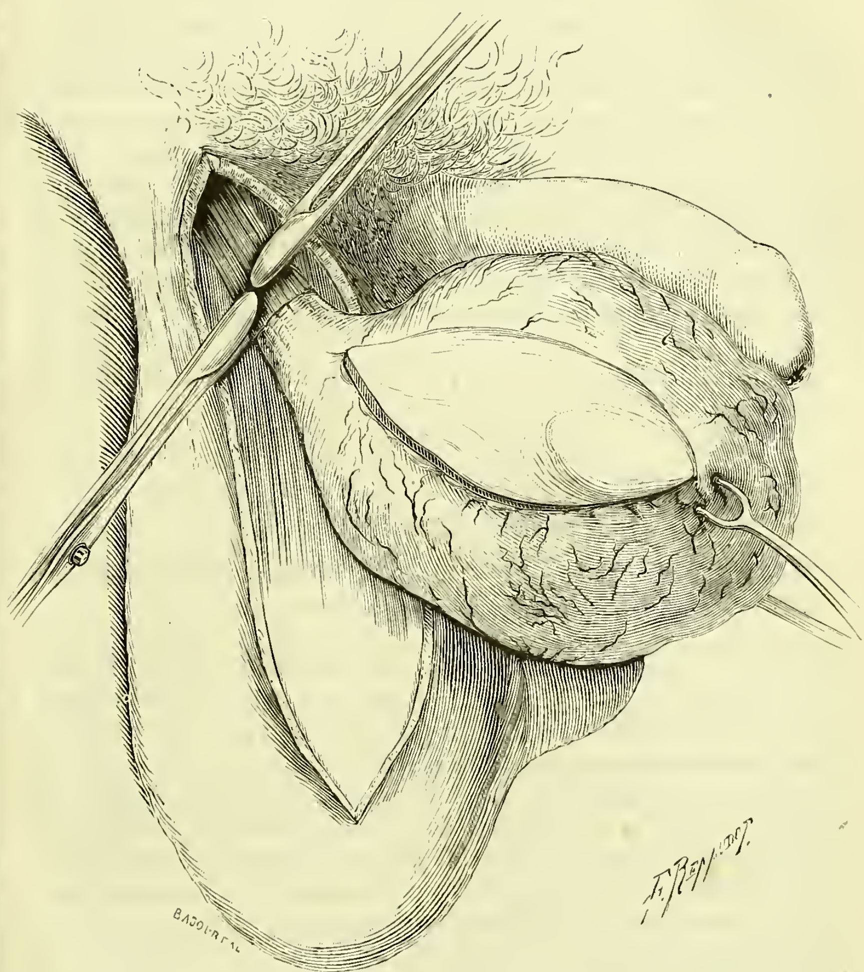


Fig. 10. — *Castration.* Le cordon spermatique est comprimé entre les mors de deux pinces au-dessous desquels doit porter la section.

Diagnostic. — Cancer du testicule. Castration le 14 décembre. Deux incisions courbes se rejoignant par leurs extrémités sont faites sur les téguments par M. Péan, qui cherche ensuite à isoler la tumeur. Cette opé-

ration est rendue difficile dans la moitié inférieure par l'inflammation adhésive qui s'est manifestée dans la tunique vaginale à la suite de la ponction; il fallut faire une dissection attentive, pendant laquelle quelques pinces furent placées sur les petits vaisseaux divisés. Dans la moitié supérieure, l'absence d'adhérences permet d'arriver facilement sur le cordon qui paraît normal. M. Péan le saisit en masse avec deux pinces hémostatiques placées très-obliquement de façon à pouvoir facilement plus tard les amener dans la plaie, puis il sectionne le cordon immédiatement au-dessous des mors. Les pinces qui avaient été placées sur les téguments sont enlevées immédiatement, celles qui compriment le cordon restant en place, puis les deux tiers supérieurs de l'incision étant fermés par quatre points de suture, une mèche contenant un tube à drainage est introduite dans la plaie. Les pinces sont retirées le lendemain matin, vingt heures après l'opération. Pas d'hémorrhagie. La cicatrisation fut un peu retardée par la formation dans l'aine d'un petit abcès situé sur le trajet du cordon.

L'examen histologique de la pièce a été pratiqué au laboratoire de M. Ranvier.

OBSERVATION XXIX

Lymphadénome du testicule. — Castration. — Compression du cordon spermatique avec deux pinces.

M. F..., à Charenton, quarante-trois ans, est atteint depuis plusieurs années d'une tumeur du testicule droit qui a distendu considérablement les bourses, et atteint aujourd'hui les dimensions d'une tête de fœtus à terme. La peau du scrotum adhère partout à la tumeur, qui est lisse et très-dure. — Le malade se plaignant de vives douleurs abdominales, et la marche étant devenue impossible, l'opération est pratiquée par M. Péan, le 18 septembre 1874, en présence de MM. les docteurs A. Fournier et Desportes. Pendant la dissection de la tumeur, sept à huit pinces sont placées sur les vaisseaux des bourses, qui fournissent du sang. La tumeur remonte assez haut dans le canal inguinal; une fois la limite du mal atteinte, M. Péan place, comme le montre la figure, deux pinces sur la partie saine du cordon qu'il sectionne immédiatement au-dessous. — Quelques points de suture ferment la plaie, qu'on ne laisse ouverte qu'à la partie inférieure. Pas de ligatures. Comme le malade était très-affaibli, et qu'on redoutait beaucoup la moindre perte de sang, les pinces furent toutes laissées en place et retirées le lendemain matin, sauf les deux pinces du cordon qu'on laissa jusqu'au surlendemain de l'opération. Huit

jours après, nous eûmes occasion de revoir le malade; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, et la plaie était en bonne voie de cicatrisation.

VIII. — De l'application des pinces sur les vaisseaux non divisés : Anévrysmes, varices, etc.

La plupart des chirurgiens admettent aujourd'hui que la ligature des artères, pratiquée dans la continuité du vaisseau, comme cela se fait en particulier pour la cure des anévrysmes, ne présente pas le même degré de sécurité que celle qui porte sur les vaisseaux sectionnés d'une plaie.

Les expériences de Travers, tentées sur des chevaux, ont cependant montré qu'une ligature, appliquée pendant *quelques heures seulement* sur la carotide, avait pour résultat l'oblitération permanente du vaisseau. Travers fit même, sur un homme, la ligature de la brachiale d'après ces indications, et l'enleva cinquante heures après son application, sans que les pulsations reparussent dans la tumeur anévrysmale qui l'avait conduit à cette opération (1).

M. Robert, de son côté, ayant laissé, pendant vingt et une heures, une ligature sur l'artère fémorale dans un cas d'anévrysme poplité, a obtenu l'oblitération définitive de la plaie (2).

D'autres faits analogues ont été suivis d'insuccès, néanmoins ils étaient assez concluants pour autoriser à remplacer les ligatures temporaires, toujours difficiles à enlever, sans tirailler l'artère, par un autre moyen plus pratique pouvant également procurer les bénéfices d'une oblitération rapide du canal artériel.

Ces considérations ont engagé M. Péan à ne pas réserver l'application des pinces hémostatiques aux vaisseaux sectionnés dans

(1) Follin et Duplay, *loco citato*.
(2) Chassaignac, *Tr. des mal. chirurg.*

une opération ou par le fait d'un accident, mais à s'en servir pour comprimer un vaisseau dans sa continuité, au lieu d'y mettre une ligature.

Cette compression passagère au moyen des pinces est infiniment supérieure à la plaque de bois de Desault, à la lame de plomb de Percy, aux différents presse-artères de Deschamps, d'Assalini, etc..., dont nous avons déjà parlé, et qui ont été également imaginés pour remplacer la ligature des artères dans la cure des anévrysmes. Les faits sur lesquels nous nous appuyons sont cependant trop peu nombreux pour établir la valeur de ce procédé, qui devra être réservé, comme la simple ligature, aux cas où les autres modes de traitement, et en particulier la compression, auront échoué.

Voici deux observations où la compression temporaire par les pinces a été employée avec succès :

OBSERVATION XXX

Anévrysme de l'artère humérale, traité par la compression du vaisseau au moyen d'une pince. — Guérison (1).

B... Henri, cinquante ans, salle Saint-Augustin, n° 66, entre à l'hôpital au mois de juillet pour une tumeur anévrysmale de la grosseur d'une petite pomme, qui s'est développée lentement à la partie inféro-interne du bras à la suite d'un coup de couteau reçu dans cette région. Les autres modes de traitement n'ayant pas réussi, M. Péan fait une courte incision à la partie moyenne du bras, le long du bord interne du biceps, découvre l'artère humérale, et la saisit avec une pince qui reste appliquée pendant quarante-huit heures. Le jour même, les battements avaient complétement disparu dans la tumeur, et celle-ci avait assez diminué de volume pour que le malade quittât l'hôpital quinze jours après l'opération (5 août 1874).

(1) Observation communiquée par M. Cousin, élève du service.

OBSERVATION XXXI

Névralgie sus-orbitaire. — Compression de l'artère temporale au moyen d'une pince.

G... Célestine, soixante-sept ans, salle Saint-Martin, n° 64, entre à l'hôpital pour une névralgie sus-orbitaire rebelle à tous les traitements généralement employés. M. Péan, recourant à une méthode qui lui avait déjà donné plusieurs succès, se décide à faire la forcipressure de l'artère temporale. L'opération eut lieu le 18 juillet. Sectionnant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans une étendue de 2 centimètres, M. Péan découvre l'artère et la saisit entre les mors d'une pince. Celle-ci fut retirée le lendemain matin, sans que son séjour ait été douloureux pour la malade, qui n'eut plus d'accès jusqu'à son départ, le 24 août 1874. A cette époque les battements artériels n'avaient pas reparu.

En substituant, dans ces cas, la compression de l'artère à la ligature au moyen d'un fil, M. Péan supprime le temps le plus délicat de l'opération de la ligature, c'est-à-dire la dénudation de l'artère. Il se contente d'isoler le vaisseau de ses veines et nerfs satellites, et de le comprimer entre les mors d'une pince. Il ménage par cette pratique les vasa-vasorum, ne diminue pas la vitalité du vaisseau, et n'a pas à redouter que le pus de la plaie, fusant dans la gaîne artérielle intacte, aille causer au loin des désordres toujours graves. Enfin, l'absence de corps étranger dans la plaie dès le deuxième ou le troisième jour, permet à la cicatrisation de marcher rapidement.

IX. — Gastrotomies.

Il nous reste à parler maintenant de quelques opérations spéciales pour lesquelles il est indispensable de se munir d'un grand nombre de pinces de formes et de dimensions variables. C'est, en effet, en grande partie à ses procédés perfectionnés d'hémostase (pinces hémostatiques variées, serre-nœuds du docteur Cin-

trat, etc.) que M. Péan doit d'avoir pu mener à bonne fin l'extirpation d'un certain nombre de tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'abdomen avec adhérences multiples et vasculaires. Dans ces opérations, les petites pinces hémostatiques, les pinces en T (fig. 3, [2]), les grandes pinces en cœur (fig. 3, [4], [5]) sont appliquées quelquefois en nombre considérable (30 à 60), et permettent seules de lutter avec succès contre l'écoulement du sang. Grâce à elles, il est possible d'entreprendre le décollement sur de larges surfaces d'une paroi kystique devenue adhérente aux organes voisins, feuillet pariétal ou viscéral du péritoine, mésentère, épiploon, etc.

Les pinces en T sont plus particulièrement destinées aux surfaces de section qui saignent en bavant, et les grandes pinces en cœur aux gros vaisseaux qui rampent sous les parois de la tumeur et atteignent quelquefois le volume du petit doigt.

Les avantages de ces pinces sont tels que l'extraction d'un kyste simple peut être obtenue, avec leur concours, sans faire une seule ligature et sans que le malade perde plus de quelques grammes de sang.

Pendant l'année 1874, nous avons assisté à près de quarante gastrotomies pratiquées par M. Péan pour l'extirpation de tumeurs ovariques ou utérines, et nous pouvons dire qu'il n'en est pas une où l'usage de ces pinces n'ait été d'un grand secours. Si, au moment de refermer le ventre, les surfaces de section ou les vaisseaux comprimés par les pinces sont encore susceptibles de saigner, il faut laisser ces instruments en place et en former une sorte de pédicule qu'on fixe vers l'angle inférieur de la plaie abdominale. On comprendra facilement que l'opérateur ne s'attache pas, dans ces cas, à faire des ligatures qui exigent un temps précieux, et deviennent ensuite une source de dangers pour la malade. Aussi M. Péan a-t-il peu à peu renoncé d'une façon presque complète à ce dernier moyen d'hémostase dans ces opérations aussi bien que dans toutes les autres.

Nous donnons ici quelques observations qui confirment cette manière d'agir (1).

OBSERVATION XXXII

Kyste très-volumineux. — Adhérences très-larges dans le bassin. — Morcellement de la tumeur. — Cautérisation au fer rouge. — Pinces hémostatiques laissées en place après l'opération. — Guérison (2).

Madame N..., sage-femme à Auneau, âgée de cinquante ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Péan, dans le courant de février 1872, pour une volumineuse tumeur de l'abdomen qui, dans l'espace de deux ans, a nécessité douze ponctions. Chacune d'elles a donné issue à un liquide épais et visqueux dont la quantité a varié chaque fois entre 15 et 25 litres. A la suite de l'une d'elles, M. Péan porta le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences multiples.

La gastrotomie fut pratiquée dans le courant d'avril de la même année à la maison des Sœurs-Augustines, rue de la Santé. M. le docteur Isambert, médecin des hôpitaux, assistait à l'opération.

L'incision des parois abdominales fut faite couche par couche, de l'ombilic au pubis. La tumeur était adhérente aux parois de l'abdomen et aux viscères; on appliqua, au fur et à mesure qu'on détachait ces adhérences, un très-grand nombre de pinces hémostatiques.

Après avoir extrait des plus grandes poches 20 litres d'un liquide épais et purulent, M. Péan ne put continuer l'opération que par le morcellement des autres portions de la tumeur, qui était aréolaire par places et complétement solide en d'autres points.

Pendant cette dernière partie de l'opération, il fallut comprimer avec diverses pinces une soixantaine de vaisseaux dont les diamètres variaient depuis celui d'une plume de corbeau jusqu'à celui du petit doigt, et qui étaient placés principalement sur le côté droit du ventre et du bassin. La tumeur, dont la structure rappelait celle de certains kystes multiloculaires de l'ovaire, était complétement dépourvue de pédicule; la surface qui la nourrissait était sous-péritonéale, présentait la largeur des deux mains, et s'étendait depuis l'utérus, dont la moitié droite faisait partie de la tumeur,

(1) Nous devons ces observations de gastrotomie à l'obligeance de M. le docteur Barrault; nous avons dû en retrancher tout ce qui ne touchait pas à l'objet de ce travail.

(2) Cette observation a déjà été publiée par MM. Danet (*De l'alcool dans le trait. des malad. puerp.*, Paris, 1872) et Gros-Filhay (*Des indications et contre-indications dans le trait. des kystes de l'ovaire*, Paris, 1874).

jusque dans la fosse iliaque droite, où elle était accolée au cæcum et à l'appendice vermiculaire.

Convaincu qu'il y avait impossibilité complète à attirer au dehors, vers l'angle inférieur de la plaie, pour en former un pédicule, les vaisseaux nombreux et volumineux que les pinces comprimaient, M. Péan dut recourir à la cautérisation des surfaces d'implantation par le cautère actuel.

Grâce à ces précautions, tout danger semblait être écarté, lorsque tout à coup, de l'épaisseur de l'utérus, jaillit un jet de sang artériel du volume à peu près de celui qui viendrait de la fémorale. Ce jet fut arrêté aussitôt par la compression pratiquée avec les doigts et les pinces hémostatiques. Mais cette manœuvre, bien que rapide, fut cependant assez laborieuse pour détacher les caillots qui oblitéraient une douzaine de vaisseaux importants du voisinage, et qu'il fallut comprimer de nouveau avec des pinces. Six de ces instruments furent laissés en place et ramenés à la partie inférieure de la plaie avec les deux bouts du lien métallique jeté sur l'utérus. Ces pinces furent enlevées au bout de douze heures.

La malade se rétablit vite et fut présentée à l'Académie.

OBSERVATION XXXIII

Tumeur fibro-cystique insérée sur le mésentère et le fond du bassin, et renfermant de nombreux débris fœtaux. — On est assez heureux pour l'énucléer du sac cellulo-fibreux qui lui sert d'enveloppe. — Conservation d'une partie de cette membrane. — Guérison par suppuration. — Dix pinces hémostatiques sont laissées en place après l'opération.

Madame M..., âgée de vingt-neuf ans, subit la gastrotomie le 6 janvier 1874 pour une volumineuse tumeur abdominale contenue dans une coque cellulo-vasculaire, dont il fut très-difficile de l'énucléer. Près de soixante pinces furent appliquées successivement par M. Péan, soit au moment de la rupture des adhérences, soit pendant l'excision de la tumeur, qui fut extraite par la méthode de morcellement (1).

Dix pinces furent laissées en place après l'opération, sur le segment inférieur de la tumeur, et ramenées à la partie inférieure de la plaie, que M. Péan laissa ouverte après y avoir suturé les bords de la coque enveloppant la tumeur. Une partie des pinces fut retirée le lendemain, et les autres le troisième jour. Les suites de l'opération furent des plus simples;

(1) Voyez Péan et Urdy, *De l'hystérotomie*, 1873; et Urdy, *Ovariotomie et hystérotomie*, 1874.

dix-huit jours après, l'ouverture de la paroi abdominale s'était tellement rétréeie qu'elle pouvait à peine admettre un tube de caoutchouc pour y pratiquer des lavages.

La malade put se lever dès le 29 janvier.

OBSERVATION XXXIV

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison. — Pinces hémostatiques placées en grand nombre sur l'épiploon pendant l'opération.

Madame G... fut opérée, en septembre dernier, par M. Péan, d'un kyste multiloculaire de l'ovaire avec adhérences épiploïques très-vasculaires. Les divers points saignants de cette portion d'épiploon furent comprimés à mesure qu'ils étaient séparés de la paroi kystique entre les mors de vingt-cinq pinces; le tout fut enveloppé dans des serviettes chaudes, pendant que M. Péan continuait à extirper les poches kystiques. Quand, après cette manœuvre, les pinces furent enlevées, aucune goutte de sang ne parut. L'épiploon fut remis en place sans qu'aucune ligature ait été pratiquée, et la plaie fermée comme d'habitude.

OBSERVATION XXXV

Tumeur fibro-cystique de l'utérus, chez une femme enceinte. — Hystérotomie. Guérison.

Madame T..., quarante-trois ans, veuve, fut opérée par M. Péan, le 15 décembre 1874.

Ayant fait une incision étendue du pubis à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, M. Péan s'aperçoit que la tumeur est contenue dans une coque cellulo-fibreuse traversée par une grande quantité de vaisseaux dont la rupture, sans l'emploi d'un nombre considérable de pinces, aurait déterminé une hémorrhagie dangereuse.

L'opérateur ponctionne successivement toutes les parties kystiques, enlève les parties solides de la tumeur par la méthode de morcellement, et excise même toute la partie de l'utérus dans laquelle s'est développée la tumeur.

Cette portion d'utérus se montre considérablement hypertrophiée, vascularisée, et remplie d'un liquide limpide.

L'opérateur la saisit de nouveau dans des ligatures métalliques qui servent à l'attirer vers l'angle inférieur de la plaie, à la manière du pédicule d'un kyste; mais ces ligatures ne suffisent pas à réprimer l'écoulement du sang provenant des vaisseaux qui se rendaient de l'utérus et des ligaments larges à la tumeur. Aussi, en présence du calibre et du grand nombre de ces vaisseaux, M. Péan n'hésite pas à les comprimer avec quinze pinces qu'il laisse à demeure.

La présence de ces pinces, la profondeur à laquelle elles s'engageaient (quelques-unes allant au fond de la cavité pelvienne), ne permettaient pas de les laisser longtemps sans crainte de péritonite ou de phlegmon, aussi, dès le soir même, toutes ces pinces furent retirées sans qu'il en résultât le moindre écoulement de sang. Deux jours après, à la suite de vives coliques, le malade expulsait un fœtus de quatre mois environ, que M. Péan avait laissé dans la portion d'utérus hypertrophiée sous-jacente à la tumeur, sans que les douleurs expulsives aient fait apparaître d'hémorrhagie.

Trois semaines plus tard, la malade retournait en Belgique complétement guérie.

Nous croyons devoir rapprocher de ces observations la relation d'une opération de fibro-lipome énorme du cou, qui, pour être menée à bonne fin, exigea le concours de l'appareil instrumental habituel des gastrotomies.

OBSERVATION XXXVI

Fibro-lipome énorme du cou. — Ablation, pas de ligatures. — Pleurésie intercurrente. — Guérison.

Gauthier J. B., âgé de cinquante ans, n° 59, salle Saint-Augustin, entre à l'hôpital Saint-Louis le 24 octobre 1874. — Il porte, depuis une quinzaine d'années, à la partie latérale gauche du cou, une tumeur qui s'est développée lentement d'abord, puis beaucoup plus rapidement depuis deux ou trois ans. Cette tumeur a toujours été et est encore indolore, mais son poids est devenu insupportable; le malade est obligé de la soutenir au moyen d'une écharpe et du bras correspondant; il se décide à venir à Paris, espérant pouvoir en être débarrassé. Cette grosseur, de

forme ovoïde, a environ deux fois le volume de la tête du malade. Elle est attachée au cou par un pédicule aplati de haut en bas, large de 15 à 16 centimètres. Sa surface est couverte de veines dilatées et flexueuses, surtout développées à la partie antérieure, où elles présentent des dilatations variqueuses de la grosseur du petit doigt. La peau, saine d'ailleurs, présente, dans toute la partie inférieure, un œdème qui lui donne une épaisseur très-considérable, et produit par place, au toucher, une sensation assez nette de fluctuation. On voit, à l'extrémité inférieure de la tumeur, les vestiges d'un trajet fistuleux, actuellement presque fermé, qui donne parfois issue, au dire du malade, à un écoulement séreux abondant. La consistance de cette masse est partout mollasse; on ne trouve sur aucun point d'induration ni d'adhérences à la peau. La tumeur paraît se prolonger à travers le pédicule sous les muscles superficiels du cou. Le diagnostic posé fut lipome, et l'ablation décidée pour le 31 octobre.

L'opération fut pratiquée avec l'assistance du docteur Cintrat.

Pour éviter autant que possible la perte de sang, et surtout pour se mettre en garde contre les dangers de l'ouverture des veines du cou, M. Péan se décide à pratiquer l'opération par sa méthode de morcellement. La tumeur est traversée de haut en bas, à quelques centimètres du point où elle se pédiculise, par un trocart courbe qui sert à faire passer un double fil métallique, dont les extrémités, engagées dans deux serre-nœuds du docteur Cintrat, étranglent la totalité de la tumeur, et empêchent l'arrivée du sang. Les anses métalliques sont maintenues par deux broches d'acier placées en croix qui traversent la masse de part en part. Sectionnant alors d'un coup de couteau la tumeur à peu près jusqu'au niveau de la ligature, M. Péan enlève rapidement les deux fragments ainsi formés, puis applique sur les points les plus vasculaires des téguments divisés une couronne de huit à dix pinces en T.

Les fils de fer étant alors coupés et retirés, on saisit encore, avec de nouvelles pinces, tous les vaisseaux qui donnent du sang, puis M. Péan commence la dissection de la tumeur en l'enlevant morceau par morceau. Cette dernière partie de l'opération fut longue et difficile; le lipome envoyait, comme on l'avait prévu, des prolongements profonds et nombreux, dont un antérieur atteignait la veine jugulaire, qui fut mise à nu. Il n'existait pas, comme dans les lipomes proprement dits, d'enveloppe fibreuse, et chacun des prolongements dut être minutieusement disséqué, l'opérateur employant alternativement le bistouri, la spatule ou les doigts, et plaçant une pince hémostatique sur les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils étaient divisés. Lorsque le dernier fragment eut été enlevé, il y avait dans la plaie une trentaine de pinces ordinaires, indépendamment des pinces en T placées sur les bords. — M. Péan reséqua alors les portions de peau inutiles, et laissant à la partie postérieure une ouverture

suffisante pour la suppuration, ferma la plaie par une suture entortillée à trois branches. Des deux sutures verticales, l'une remontait en arrière jusqu'au niveau de l'apophyse mastoïde; l'autre, antérieure, atteignait presque la clavicule. La suture transversale, qui représentait à peu près la ligne d'insertion du pédicule, un peu allongée, mesurait 16 à 17 centimètres de longueur. La tumeur était formée par du tissu graisseux contenu dans une trame fibreuse assez développée; les différents fragments réunis présentaient un poids de onze livres et demie. L'opération dura une heure et demie, et ne donna lieu qu'à une hémorrhagie très-faible relativement au volume et à la richesse vasculaire de la tumeur. — Aucune ligature ne fut faite; les pinces placées sur les téguments furent retirées immédiatement après l'opération; neuf pinces fixées sur les parties profondes furent retirées au bout de vingt heures, et une mèche introduite d'arrière en avant sous la suture tranversale. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; la réunion se fit par première intention au niveau des sutures et dans presque toute l'étendue de la plaie non entretenue par la mèche. La réaction fut très-faible; il y eut à peine de fièvre pendant les premiers jours, et les forces revenaient rapidement, lorsque le malade fut pris, le huitième jour, d'une pleurésie aiguë du côté droit, qui ne retarda pas sensiblement la cicatrisation. Celle-ci ne présenta d'autre accident qu'un petit abcès de la nuque qui parut au bout de quinze jours au voisinage de l'ouverture, et elle était presque complète quand le malade quitta l'hôpital, le 27 novembre.

CONCLUSION

Nous pourrions rapporter encore un grand nombre de faits où les pinces hémostatiques ont été employées avec avantage, car c'est par centaines qu'il faudrait compter les opérations dans lesquelles M. Péan les a appliquées depuis plusieurs années. Toutes les personnes qui ont assisté à ses cliniques ont été frappées comme nous des avantages réalisés par ce procédé d'hémostase. Infiniment plus simple et plus facile à exécuter que la ligature ou la torsion, la forcipressure ne le cède pas davantage à ces procédés par les résultats définitifs qu'elle donne. Elle permet, en outre, de pratiquer les opérations en perdant moins de sang qu'avec toute autre méthode, et ne cause aucune douleur au malade, grâce aux instruments perfectionnés qui servent à l'exécuter.

Nous croyons donc, en terminant, pouvoir tirer des faits exposés dans ce travail les propositions suivantes :

1° La forcipressure ne peut être confondue avec aucun autre procédé d'hémostase.

2° D'origine ancienne, elle n'a été employée méthodiquement que dans ces dernières années, pour remplacer dans les opérations chirurgicales les procédés d'hémostase généralement usités, tels que la ligature, la torsion, etc...

3° Elle n'a pris véritablement rang dans la science qu'à partir du jour où M. Péan a fait construire, pour l'exécuter, des pinces spéciales dites *pinces hémostatiques* (1).

4° Ces pinces permettent d'obtenir l'*hémostasie préventive* dans un certain nombre d'opérations sur la langue, les joues, etc..., et d'une façon générale dans les ablations de tumeurs pédiculées ou faciles à pédiculiser. (*Forcipressure préventive.*)

5° Appliquées sur l'extrémité des vaisseaux divisés dans le cours d'une opération ou par le fait d'un traumatisme accidentel, ces pinces produisent l'*hémostasie temporaire.* (*Forcipressure temporaire.*)

6° Laissées en place sur ces vaisseaux pendant quelque temps, le plus souvent de deux à trente-six heures, elles déterminent l'*hémostasie définitive*, et peuvent ainsi remplacer avantageusement, dans la plupart des cas, la torsion et la ligature, leur séjour dans les plaies ne déterminant jamais d'accidents. (*Forcipressure définitive.*)

(1) Ces dernières conclusions ont déjà été présentées à l'Académie de médecine dans la séance du 19 janvier 1875.

FIN



TABLE DES FIGURES

FIN DE LA TABLE DES FIGURES

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE IV

De la forcipressure pendant les opérations comme moyen d'hémostasie temporaire ou définitive.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES



PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.



ERRATUM

Page 20 (indication de la fig. 10 *bis*), ligne 2, *au lieu de* : 1850, *lisez :* 1860.

— 33	—	2,	— staphylorraphie,	— staphylorrhaphie.
			(Faute répétée dans les pages 35, 36, 37, 38, 39.)	
— 46	— note	4, *au lieu de :*	monatsblätterf.,	*lisez :* monatsblätter f.
— 46	— ligne	9	— palpébrale	— palpébral.
— 65	—	— 3	— jours	— heures.
— 82	—	— 26	— considérable, arrivent	— considérable et arrivent.
— 85	—	— 1	— myélaplaxes	— myéloplaxes.
— 87	—	— 3	— L'éliologie	— L'étiologie.
— 89	—	— 20	— Borigne	— Bovigne.
— 132	—	— 8	— Large et ovale	— large, ovale.
— 139	—	— 32	— comparés	— . Comparé
— 144	—	— 11	— zembicki	— Ziembicki.
— 159	—	— 24	— marquésun ;	— marqués; un.
— 170	—	— 8	— n'eût	— n'eut.
— 175	—	— 23	— c'est la	— c'est une.
— 214	—	— 9	— Obs. LIX	— Obs. LIX *bis*.
— 231	—	— 12	— l'épicondyte	— l'épicondyle.
— 256	—	— 27	— Obs. 147, tab. VI	— Obs. 147, tab. XI.
— 272	—	— 1	— Fractures des deux os de la jambe	— Fractures du péroné.
— 273	—	— 1	— Fracture	— Fractures.
— 304	—	— 24	— même maison	— même manière.
— 321	—	— 3	— 1875	— 1874.
— 321	—	— 19	— 19 septembre	— 19 novembre.
— 325	—	— 18	— drainage	— drainage.
— 331	—	— 9	— musculaire	— maxillaire.
— 331	—	— 12	— inférieure	— inférieur.
— 333	—	— 23	— scarpa	— Scarpa.
— 355	—	— 33	— tab. XXIX	— tab. XXXI.
— 355	—	— 10	— Hydartroses	— hydarthroses.
— 356	—	— 30	— Tab. XXXVIII	— tab. XXXIII.
— 391	— col.	9	— Supplément au tableau XXXIII	— Supplément au tableau XLI.



Ce premier volume comprend l'année 1874 et le premier semestre de l'année 1875.

Le second volume, qui paraîtra dans quelques mois, comprendra le second semestre de l'année 1875 et l'année 1876.

Les volumes suivants comprendront chacun une année et paraîtront le 1er janvier de chaque année.

Prix de chaque volume : 20 francs.
